

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

MÉMOIRE DOCTORAL PRÉSENTÉ À
LA FACULTÉ DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D. Ps.)

PAR
MANOUANNE HAMEL BOISCLAIR

EXPÉRIENCE DE LA MÈRE DE RECEVOIR UN ACCOMPAGNEMENT
POSTNATAL EN CONTEXTE D'ANXIÉTÉ

MARS 2020

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Ce mémoire doctoral a été dirigé par :

Marie Papineau, Ph. D.

Université de Sherbrooke

Jury d'évaluation du mémoire doctoral :

Claud Bisailon, Ph. D.

Université de Sherbrooke

Anne Brault-Labbé, Ph. D.

Université de Sherbrooke

Marie Papineau, Ph. D.

Université de Sherbrooke

Sommaire

La transition à la maternité est une période sujette à excéder les capacités d'adaptation de la mère et de son milieu familial. Dans ce contexte, il est fréquent qu'une anxiété émerge chez la mère de façon à engendrer une détresse et un besoin de soutien importants. Certaines mères font alors appel à des services d'accompagnement postnatal de type relevailles afin de recevoir de l'aide durant cette période de vulnérabilité. Or, les interventions propices pour apaiser l'anxiété associée spécifiquement à la période postnatale sont peu documentées, et ce, tant dans le domaine de l'accompagnement postnatal que dans celui de la psychothérapie. En ce sens, il est apparu pertinent de mieux cerner l'apport d'un accompagnement postnatal offert en réponse au besoin de soutien découlant de la détresse anxieuse de la mère. Ce mémoire doctoral décrit en profondeur, selon la perspective de la mère, l'expérience de recevoir un accompagnement postnatal en contexte d'anxiété. Pour ce faire, des entrevues semi-structurées ont été réalisées auprès de six mères ayant reçu un service de relevailles offert par des organismes communautaires, alors qu'elles présentaient de l'anxiété postnatale. De plus, des questionnaires ont été complétés par les mères et analysés de façon descriptive pour réaliser des portraits sommaires quant à leurs symptômes anxieux. À partir des données recueillies des entrevues, l'utilisation d'une méthode d'analyse qualitative inductive générale a permis de construire et d'élaborer une grille de catégorisation composée de quatre catégories principales et de plusieurs sous-catégories. Ces catégories décrivent le bouleversement de la mère relié à la demande d'accompagnement postnatal, la qualité de la relation entre la mère et les relevailles, les ingrédients aidants de l'accompagnement

relevés par la mère et les retombées bénéfiques de l'accompagnement. Au regard de cet échantillon, il ressort d'une part, que plusieurs façons d'être et de faire de l'accompagnante, mises en relief dans cette étude, répondent à des besoins de la mère et semblent permettre une diminution de l'anxiété de celle-ci. D'autre part, il ressort que la présence de l'accompagnante contribue à rétablir des liens sociaux plus soutenant. À la lumière de l'ensemble des résultats ainsi que des forces et limites de l'étude, des pistes de recherches futures sont formulées. De plus, les résultats et la discussion de la présente étude pourront fournir un levier pour amorcer ou poursuivre une réflexion quant aux pratiques d'accompagnement des mères anxieuses.

Mots-clés : accompagnante postnatale, accompagnement postnatal, anxiété postnatale, mère, recherche qualitative, relevailles, soutien, transition à la maternité.

Table des matières

Sommaire	iii
Table des matières.....	v
Liste des tableaux.....	ix
Remerciements.....	x
Introduction.....	1
Contexte théorique	3
Transition à la maternité.....	4
Vulnérabilités de la mère lors de la période postnatale	4
Réorganisation psychique : une identité en changement	5
Anxiété postnatale : une forme de détresse	6
Notion d'anxiété postnatale	6
Définitions et fonctions de l'anxiété	6
Composantes de l'anxiété	7
Composantes de l'anxiété spécifique à la maternité	8
Prévalence de l'anxiété postnatale de la mère	9
Facteurs prédisposant à l'anxiété postnatale de la mère	10
Répercussion de la détresse postnatale sur le bébé.....	10
Réseau de soutien social.....	11
Notion de soutien social.....	12
Lien entre le soutien social et l'anxiété postnatale de la mère.....	12
Acteurs du réseau de soutien social	13
Communauté d'appartenance.....	13
Accompagnante postnatale.....	14
Contexte dans lequel se déploie le réseau de soutien social	15
Accompagnement postnatal de type relevailles	15
Isolement et sollicitude institutionnalisée	15
Aperçu de quelques notions liées au processus de soutien.....	16
Qualité de la relation de soutien.....	16
Contenance et portance	17

Études empiriques	17
Objectifs de recherche	20
Méthode.....	21
Devis de l'étude.....	22
Échantillon.....	22
Cueillette des données	23
Instruments de mesure.....	24
Questionnaires descriptifs.....	24
Canevas d'entrevue.....	25
Analyse des données	26
Analyse descriptive.....	26
Analyse qualitative inductive générale.....	27
Démarche pour le calcul du niveau d'accord inter-juges	28
Considérations éthiques.....	29
Résultats et Discussion.....	30
Présentation et discussion des résultats relatifs aux questionnaires descriptifs	31
Données sociodémographiques.....	31
Portraits des symptômes anxieux.....	32
Présentation et discussion des résultats relatifs à la grille des catégories	35
A.1.1. Stupeur de se sentir démunie dans le savoir, le savoir-être ou le savoir-faire	38
A.1.2. Anticipation de l'incertitude inhérente à sa responsabilité de mère	39
A.1.4. Ressenti puissant d'une frousse d'anéantissement de la mère.....	40
A.2.1. État désespéré devant le geste immémoré de l'allaitement.....	42
A.3.1. Défi de concilier au quotidien les soins du bébé et ceux des autres enfants..	43
A.3.2. Isolement éprouvé auprès de l'entourage familial ou amical immédiat	44
A.4.3. Réaction d'auto-invalidation envers son vécu en tant que mère.....	45
B.1.1. Vécu maternel en lien avec le début de l'accompagnement	47
B.1.2.1. Descriptif sensible des éléments d'un lien suffisamment bon avec l'accompagnante	48

B.1.2.2. Relation symbolique puissante en termes de mère à mère avec l'accompagnante	49
B.1.3. Vécu maternel relié à la fin d'un accompagnement nourricier	50
B.1.4. Épilogue du lien avec l'accompagnante après les relevailles	51
B.2.1. Inconfort stressant pour la mère dans un contact discordant avec l'accompagnante	52
B.3.2. Sens sociétal des relevailles dans un esprit de communauté entre mères	53
C.1. Façons d'être de l'accompagnante perçues comme apaisantes.....	55
C.2.1.1. Assistance réconfortante aux soins multiples du bébé.....	56
C.2.1.3. Coup de pouce pour la régulation émotionnelle reliée aux relations familiales.....	57
C.2.2.1. Assistance à la mère pour l'acceptation posée de son vécu	58
C.2.2.2. Auxiliaire au développement de la capacité d'être un réceptacle avenant pour ses émotions et celles de son bébé.....	59
C.2.2.3. Accompagnement à la reconnaissance de soi comme étant estimable	60
C.2.2.5. Apport d'un éclairage supportant l'attitude réflexive de la mère	61
D.1. Répit ponctuel reçu en regard de la charge de son rôle de mère.....	63
D.2.1. Expérience sécurisante de pouvoir compter sur une présence assidue	64
D.2.3. Reconnaissance aimante de soi durant l'accompagnement	65
D.2.4. Renforcement personnalisé de son assurance en tant que mère	66
D.2.6. Cheminement de la mère à propos de son vécu d'anxiété postnatale.....	67
D.2.8. Disponibilité à soi et aux autres émergée de l'accompagnement	68
Forces de l'étude	69
Limites de l'étude.....	70
Retombées de l'étude	70
Pistes d'investigations futures	72
Conclusion	73
Références.....	76
Appendice A. Services d'accompagnement postnatal des organismes communautaires ayant participé à l'étude : Mairaine Tendresse de l'Estrie et Alternative Naissance.....	92
Appendice B. Lettre d'invitation à participer à l'étude et d'autorisation à être contactée par la chercheuse	95

Appendice C. Canevas d’entrevue téléphonique pour le recrutement	97
Appendice D. Formulaire de consentement pour les participantes à l’étude	101
Appendice E. Données sociodémographiques	106
Appendice F. Questionnaire sur les Inquiétudes de Penn State (QIPS).....	109
Appendice G. Traduction francophone du questionnaire State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety (STICSA).....	110
Appendice H. Canevas d’entrevue semi-structurée	111
Appendice I. Formulaire de confidentialité pour l’assistante de recherche	118
Appendice J. Équations, calculs et résultats du processus d’accord inter-juges	120
Appendice K. Grille de catégorisation : Accompagnement postnatal en contexte d’anxiété dans le devenir mère.....	123

Liste des tableaux

Tableau

1	Items pour lesquels une variation d'intensité a été relevée entre les périodes précédant et suivant l'accompagnement.....	34
2	Portrait global de la grille de catégorisation : Accompagnement postnatal en contexte d'anxiété dans le devenir mère.....	37
3	Bouleversement de la mère relié à la demande d'accompagnement postnatal.....	37
4	Qualité de la relation entre la mère et les relevailles.....	46
5	Ingrédients aidants de l'accompagnement postnatal relevés par la mère.....	54
6	Retombées bénéfiques de l'accompagnement postnatal reçu par la mère.....	62

Remerciements

Je tiens tout d'abord à exprimer ma gratitude à Marie Papineau, ma directrice de mémoire doctoral, qui m'a guidée et accompagnée au fil du processus de recherche et de rédaction. Un immense merci Marie pour ton grand souci de disponibilité, ta bienveillance sensible et posée, ton discernement expérimenté, ainsi que de m'avoir encouragée par ta confiance et tes bons mots. Je te remercie profondément pour ta présence unique et pour tout ce que tu m'as permis d'apprendre aux plans professionnel et personnel à tes côtés.

Je souhaite aussi adresser ma reconnaissance envers d'autres professeurs de l'Université de Sherbrooke qui ont contribué par leur savoir-faire à la réalisation de ce mémoire doctoral : Patrick Gosselin qui a collaboré au projet de recherche préalable, ainsi que Claud Bisailon et Anne Brault-Labbé qui ont accepté d'adjoindre leur regard attentif à celui de Marie Papineau, en tant que correctrices.

Aux mères qui m'ont partagé des aspects de leur expérience postnatale avec une émouvante confiance, je vous suis extrêmement reconnaissante. Vous m'avez inspiré cette étude et fait don qu'elle puisse voir le jour. De plus, je souhaite exprimer ma gratitude envers les organismes communautaires en périnatalité qui ont généreusement participé au recrutement des mères de la présente étude : Marraine Tendresse de l'Estrie et Alternative Naissance.

À Mélanie Dumais, mon amie, un chaleureux merci pour ta présence et ton soutien, parmi vents et marées, pour ton aide précieuse en tant qu'assistante de recherche du présent manuscrit, et pour ton accueil réconfortant chez toi auprès de ta famille. Tu as aussi vécu ce processus en tant que doctorante et nous avons traversé plusieurs étapes ensemble. Je suis très touchée de notre collaboration complice et de nos cheminements. Aussi, merci à l'ensemble de mes amis qui m'ont encouragée dans ma démarche, tout particulièrement, Carine Genadry et Yannick Vallée, vous qui depuis si longtemps m'avez suivie dans mon parcours, quel qu'il soit, par votre douce amitié fidèle.

À ma famille, à qui je tiens à témoigner ma profonde gratitude. Merci de tout cœur à vous mes parents, Pauline Hamel et Normand Boisclair, pour votre soutien si dévoué tout au long du processus. Aussi, un merci ému à toi, Line Boulanger, ma belle-mère, pour ta présence attentionnée, ta grande générosité et ton accompagnement exceptionnel en soutien à la rédaction et à la correction minutieuse du présent mémoire. Enfin, un merci clin d'œil à ma famille élargie pour vos encouragements.

À vous tous, je dépose ce manuscrit entre vos mains.

Manouanne Hamel Boisclair

Introduction

De nombreuses mères de nourrissons se sentent peu préparées (Bollen, 2015), dépassées et anxieuses relativement à leur nouveau rôle parental (Vennat, Belot, Capponi, & Mellier, 2018). Il est d'ailleurs reconnu que la période postnatale est propice à outrepasser les capacités d'adaptation parentale et à exacerber les vulnérabilités du réseau familial (Hamelin-Brabant et al., 2015; Robert, 2007). L'anxiété postnatale en découlant peut engendrer des effets indésirables sur la mère et son bébé (Mertesacker, Bade, Haverkock, & Pauli-Pott, 2004). Pourtant, les études sur les interventions à adopter pour apaiser l'anxiété associée spécifiquement à la période postnatale restent rares (Field, 2018; Wenzel & Stuart, 2011). En ce sens, il apparaît pertinent de mieux cerner l'apport d'un accompagnement postnatal offert en réponse au besoin de soutien de la mère qui vit une détresse anxieuse lors de cette période. C'est ce que propose le présent mémoire doctoral qui explore et décrit, selon la perspective de la mère, l'expérience de recevoir un accompagnement postnatal en contexte de vécu d'anxiété. L'ensemble de ce document est réparti en quatre sections. La première aborde le contexte théorique qui définit les concepts et présente les études les plus pertinentes aux objectifs de recherche. La deuxième section expose le traitement descriptif des données obtenues par questionnaires ainsi que le devis qualitatif exploratoire encadrant la collecte et l'analyse des données issues des entrevues semi-structurées. La troisième présente et discute les résultats descriptifs et qualitatifs émergents pour se terminer par la présentation des forces, limites et retombées cliniques et scientifiques ainsi que des pistes d'investigations futures. Finalement, la conclusion met en évidence les éléments novateurs de la présente étude et les recommandations découlant de l'ensemble des résultats.

Contexte théorique

Cette première section aborde certaines recherches empiriques et réflexions cliniques en lien avec l'expérience de la mère de recevoir un accompagnement postnatal en contexte de vécu d'anxiété associé à cette période. Elle se compose de trois parties. La première partie expose des notions relatives à trois thématiques qui sont : la transition à la maternité, l'anxiété postnatale et le réseau de soutien social. La deuxième partie regroupe des études empiriques pertinentes à l'objet de recherche. Finalement, la troisième partie présente les objectifs ayant guidé la présente étude.

Transition à la maternité

La notion de transition à la maternité a connu une certaine évolution au cours des dernières décennies, sur les plans de la recherche empirique et de la théorisation clinique (Bollen, 2015). Elle est ici principalement abordée selon le point de vue de la mère au regard de ses vulnérabilités ainsi que de sa réorganisation psychique, le tout vécu pendant la période postnatale.

Vulnérabilités de la mère lors de la période postnatale

La transition à la maternité est perçue comme une période sujette à excéder les capacités d'adaptation de la mère et à exacerber les vulnérabilités du réseau familial (Hamelin-Brabant et al., 2015; Robert, 2007). Roch et al. (2015) observent plusieurs vulnérabilités associées à la mère ayant recours à un accompagnement postnatal de type relevailles. Sur le plan biologique, les données révèlent notamment des difficultés liées à l'allaitement, à la fatigue et à des situations spécifiques de santé. Sur le plan

psychologique, une intensité émotionnelle, des difficultés d'adaptation et une conception de soi altérée sont constatées. Sur le plan social, il ressort des difficultés du réseau familial à fournir le soutien dont la mère a besoin, des défis conjugaux (Roch et al., 2015) et de l'isolement (MacPherson, Barnes, Nichols, & Dixon, 2010). Sur le plan clinique, il appert que certaines vulnérabilités puissent provenir de résurgences de souffrances issues de l'expérience infantile de la mère (Belot, Maïdi, Givron, & Arcangeli, 2016; Mellier, 2007), par exemple découlant de son vécu, en lien avec la qualité des soins reçus de sa propre mère (Bartell, 2004; Winnicott, 1956/2006, 1963/2000). Ces vulnérabilités sont sujettes à entraîner divers besoins (Martin, 2017; Roch et al., 2015), dont certains peuvent être mieux comblés lors d'une mobilisation du soutien social (Fahey & Shenassa, 2013).

Réorganisation psychique : une identité en changement

La documentation expose comment la transition à la maternité peut être jalonnée de conflits, de préoccupations, d'incertitudes, de craintes et de sentiments ambivalents (Belot et al., 2013; Coates, Ayers, & de Visser, 2014; Nelson, 2003). Par conséquent, cette transition peut être laborieuse sur le plan identitaire pour la mère (Bollen, 2015; Choi, Henshaw, Baker, & Tree, 2005), d'autant plus qu'une réorganisation psychique plus large tend à opérer. En effet, Stern (1997) propose que les préoccupations regroupées sous la notion de « constellation maternelle » sous-tendent cette réorganisation. Ces thèmes de préoccupation sont la croissance du bébé, la relation primaire avec le bébé, la matrice de soutien et les changements identitaires. De plus, un discours intérieur relatif à sa propre histoire d'enfant et de mère en devenir peut bouleverser la réorganisation psychique qui

s'opère (Stern, 1997). Cronin-Fisher et Parcell (2019) ont pour leur part identifié l'ambivalence des représentations culturelles de la maternité comme étant un élément susceptible de complexifier le processus de mise en sens identitaire de la mère. À cet égard, ce processus peut être facilité ou entravé selon la place qu'accorde la mère à donner du sens à son rôle (Prinds, Hvidt, Mogensen, & Buus, 2014).

Anxiété postnatale : une forme de détresse

L'anxiété postnatale de la mère, en tant que composante de la détresse associée à cette période, a été explorée de maintes façons à travers les recherches empiriques et la clinique. Certains aspects saillants de la documentation sont exposés ci-dessous, d'abord en lien avec l'anxiété générale, puis en lien avec l'anxiété spécifique à la maternité.

Notion d'anxiété postnatale

Définitions et fonctions de l'anxiété. Le terme anxiété vient du latin *anxius*, décrivant un état d'esprit troublé à propos d'un événement incertain, précédemment dérivé d'une racine grecque signifiant enserrer ou étrangler (Ladouceur, Bélanger, & Léger, 2003). Parmi les différentes définitions figurant dans la documentation (Affonso, Liu-Chiang, & Mayberry, 1999), celle ici retenue conçoit l'anxiété comme étant l'appréhension ou l'anticipation d'un événement futur qui pourrait avoir des retombées négatives (Ladouceur et al., 2003). L'anxiété peut être considérée fonctionnelle, comme pour la « préoccupation primaire », référant à une préoccupation sensible et adaptative de la mère envers son bébé (Winnicott, 1956/2006). Elle peut aussi être considérée

dysfonctionnelle dans le cas d'une détresse importante ou d'un dysfonctionnement issu de l'anxiété, tout dépendamment de l'intensité et des conséquences en découlant (Ladouceur et al., 2003).

Composantes de l'anxiété. L'anxiété est souvent considérée selon la nature de ses symptômes physiologiques (p. ex., palpitations, tensions dans le corps, fatigue), affectifs (p. ex., peur, irritabilité, impression d'être coupé de soi-même), comportementaux (p. ex., évitement de situations) et cognitifs (p. ex., inquiétudes) (Ladouceur et al., 2003). À ce propos, la définition des inquiétudes la plus citée à ce jour décrit celles-ci comme une succession de pensées, sous formes verbales et imagées, chargées d'émotions négatives et difficiles à maîtriser (Borkovec, Robinson, Pruzinsky, & DePree, 1983). L'anxiété peut aussi être différenciée selon qu'elle représente un trait de la personnalité ou un état transitoire (Capponi & Horbacz, 2008; Robert, David, Reeves, Goron, & Delfosse, 2008). Plusieurs manifestations de l'anxiété sont classifiées selon la typologie du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5; American Psychiatric Association, 2015). En ce sens, elles peuvent s'exprimer dans le contexte de différentes conditions reconnues telles que les troubles anxieux, les troubles obsessionnels-compulsifs, les troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress, etc. Parmi les vulnérabilités cognitives associées à l'étiologie et au maintien de certaines symptomatologies anxieuses, l'intolérance à l'incertitude est centrale (Gosselin et al., 2008; Holaway, Heimberg, & Coles, 2006; Viau-Guay, 2011). Cette composante centrale réfère à la tendance d'une personne à trouver inacceptable qu'un événement négatif puisse

se produire, même si sa probabilité est faible (Dugas, Gosselin, & Ladouceur, 2001). Selon Ouellet (2014) ainsi que Ouellet, Langlois, Provencher et Gosselin (2019), les personnes éprouvant des difficultés importantes à tolérer l'incertitude tendent aussi à adopter une attitude pessimiste envers leurs problèmes, leurs émotions et leur capacité à y faire face, ce qui participe à entretenir, voire amplifier les sources d'anxiété, exacerbant ainsi l'intolérance à l'incertitude.

Composantes de l'anxiété spécifique à la maternité. La notion d'anxiété spécifique à la maternité émerge du besoin d'en clarifier sa nature, afin d'être en mesure de construire des outils d'évaluation de l'anxiété adaptés pour la période périnatale (Fallon, Halford, Bennett, & Harrold, 2016, 2018; Robert, 2007). En effet, certaines mères ne satisfont pas aux critères des troubles de la typologie du DSM-5, ou s'y reconnaissent peu, alors qu'elles éprouvent un degré cliniquement significatif d'inquiétudes liées à la maternité (Meades & Ayers, 2011; Phillips, Sharpe, Matthey, & Charles, 2009; Wenzel & Stuart, 2011). L'anxiété spécifique à la maternité a d'abord été étudiée relativement à la grossesse (Bayrampour et al., 2016; Huizink, Mulder, de Medina, Visser, & Buitelaar, 2004). Puis, des études ont exploré le contenu de l'anxiété spécifique à la maternité portant sur la période postnatale (Fallon et al., 2016; Phillips et al., 2009). Toutefois, peu d'outils de dépistage de l'anxiété spécifique à la période postnatale ont été développés pour le moment. Par exemple, Fallon et al. (2018) indiquent que des recherches sont à poursuivre pour confirmer la valeur prédictive du questionnaire qu'ils ont élaborés à cet effet.

Prévalence de l'anxiété postnatale de la mère

La prévalence de l'anxiété postnatale varie dans le corpus scientifique selon plusieurs éléments : la symptomatologie considérée, l'échelle de mesure choisie – laquelle peut être plus ou moins adaptée à la spécificité de l'anxiété postnatale, le seuil de signification et le niveau d'intensité des symptômes retenus pour l'étude, le moment de l'évaluation durant la période postnatale, ainsi que les caractéristiques de l'échantillon et du pays dans lequel l'étude est réalisée (Field, 2018; Wenzel & Stuart, 2011). Les études recensées situent la prévalence de l'anxiété postnatale de la mère entre 5 et 40 % (p. ex., Dennis, Falah-Hassani, Brown, & Vigod, 2016 : 22.6 %, 17.2 % et 14.8 % selon le temps de mesure; Henderson & Redshaw, 2013 : 5 %; Paul, Downs, Schaefer, Beiler, & Weisman, 2013 : 17 %; Polachek, Harari, Baum, & Strous, 2014 : 40,4 %; Robert et al., 2008 : 18,9 %; Seymour, Giallo, Cooklin, & Dunning, 2014 : 18,3 %; Stuart, Couser, Schilder, O'Hara, & Gorman, 1998 : 8,7 % et 16,8 % selon le temps de mesure; Vennat et al., 2018 : 31,8 %). La prévalence de l'anxiété lors de la grossesse est aussi documentée (Ross & McLean, 2006; Rubertsson, Hellström, Cross, & Sydsjö, 2014). Bien que l'anxiété postnatale soit peu fréquemment dépistée, selon plusieurs études, cette forme de détresse serait plus courante que la dépression associée à cette période (Reck et al., 2008; Wenzel, Haugen, Jackson, & Brendleal, 2005). D'ailleurs, une comorbidité est constatée entre ces symptomatologies (Falah-Hassani, Shiri, & Dennis, 2016, 2017). Ainsi, Reck et al. (2008) observent un taux de 11,1 % de trouble anxieux et de 6,1 % de trouble dépressif parmi les mères de nouveau-nés qui composent leur échantillon (n = 1024). Parmi ces mères ayant un trouble anxieux (n = 114), 18,4% d'entre elles présentent aussi une

dépression. Farr, Dietz, O'Hara, Burley et Ko (2014) rapportent, au regard de leur échantillon (n = 4451), que 18 % des mères de nouveau-nés manifestent des symptômes anxieux, et que parmi celles-ci, 35 % ont aussi des symptômes dépressifs. Wenzel et al. (2005) ajoutent que selon la symptomatologie anxieuse étudiée auprès de leur échantillon (n = 147), de 10 à 50 % des mères de nouveau-nés manifestant de l'anxiété rapportent aussi des symptômes dépressifs.

Facteurs prédisposant à l'anxiété postnatale de la mère

Afin de décrire les facteurs contributifs à l'étiologie de l'anxiété postnatale, certains d'entre eux plus saillants sont ici rapportés. Sur le plan psychosocial, le manque de soutien social (Bener, Gerber, & Sheikh, 2012; Navarrete, Lara-Cantú, Navarro, Gómez, & Morales, 2012), la présence de récents événements perçus stressants (Dennis et al., 2016) et un vécu négatif relié à l'accouchement (Bell et al., 2016; Polachek et al., 2014) ont été associés à l'anxiété postnatale. Sur le plan sociodémographique, il n'y a pas de consensus quant au lien entre l'anxiété postnatale et le nombre d'enfants ou le niveau de scolarité de la mère (Field, 2018). Sur le plan psychologique, les antécédents psychiatriques de la mère ont été identifiés comme étant des facteurs de risque (Britton, 2008; Dennis et al., 2016; Matthey, Barnett, Howie, & Kavanagh, 2003). De plus, une faible estime de soi durant la grossesse (Robert, 2007) ainsi qu'une tendance à se blâmer (George, Luz, De Tychey, Thilly, & Spitz, 2013) ont été observées chez les mères anxieuses en période postnatale.

Répercussion de la détresse postnatale sur le bébé

Il est observé dans la recherche et la clinique que la détresse postnatale tend à se répercuter sur le bébé. Par exemple, une dysrégulation émotionnelle répétitive chez la figure de soins tend à façonner, au fil du temps, une insécurité dans l'attachement du bébé, par l'entremise de la communication avec celui-ci (Grienenberger, Kelly, & Slade, 2005; Slade, Grienenberger, Bernbach, Levy, & Locker, 2005; Stevenson-Hinde, Shouldice, & Chicot, 2011). Les répercussions spécifiques de l'anxiété postnatale sur le bébé ont été peu étudiées (Glasheen, Richardson, & Fabio, 2010), contrairement et aux effets de l'anxiété (Korja, Nolvi, Grant, & McMahon, 2017) et de la dépression (Deave, Heron, Evans, & Emond, 2008) de la mère durant la grossesse, ainsi qu'aux effets de la dépression de la mère durant la période postnatale (Tissot, Frascarolo, Despland, & Favez, 2011). Toutefois, certains éléments se dessinent. En effet, Fallon et al. (2018), Jover et al. (2014) et Paul et al. (2013) observent, dans leurs échantillons ($n = 261, 317, 1123$), que l'anxiété postnatale maternelle a des répercussions en termes de difficultés d'alimentation du nouveau-né. Jover et al. (2014) indiquent aussi que l'anxiété postnatale de la mère semble influencer le tempérament du bébé. Également, Mertesacker et al. (2004) constatent parmi les dyades mères-bébés de leur étude ($n = 33$), une baisse de sensibilité maternelle au fil du temps, lorsque s'accumulent certains facteurs de risques : une forte émotivité négative du bébé combinée à des symptômes anxieux ou dépressifs élevés de la mère ou à un faible soutien social.

Réseau de soutien social

Le réseau de soutien social est ci-dessous défini et mis en lien avec l'anxiété postnatale. Il est ensuite relié aux principaux acteurs qui le composent, puis situé par rapport à certains éléments du contexte socio-historique dans lesquels il s'insère. Enfin, quelques notions en affinité avec cette thématique sont aussi brièvement présentées.

Notion de soutien social

Cette notion a été développée dans le cadre d'études explorant le lien entre la qualité des relations sociales et les retombées sur la santé et le bien-être, lien qui se révèle protecteur (Caron & Guay, 2005). Le soutien social peut être défini comme une dispensation de ressources lors d'une interaction d'une personne avec son réseau social et en réponse à la perception d'un besoin (Cohen, Gottlieb, & Underwood, 2000). Le réseau social correspond à l'ensemble des liens sociaux relativement stables (Brissette, Cohen, & Seeman, 2000). Plusieurs types de soutien sont répertoriés, dont les soutiens émotionnel, pratique et informatif (Bollen, 2015; Cohen et al., 2000), à l'estime de soi (Capponi, Bacro, & Boudoukha, 2013; Rimé, 2016) et à la compréhension des états émotionnels (Capponi, 2015). Moran, Ghate et Van Der Merwe (2004) précisent que le soutien peut être informel (p. ex., famille, ami), semi-formel (p. ex., organisme communautaire) ou formel (p. ex., psychologue).

Lien entre le soutien social et l'anxiété postnatale de la mère

L'aspect facilitateur du soutien social sur le rétablissement de la détresse postnatale, au sens général, est observé dans la documentation (Bollen, 2015; Darvill, Skirton, &

Farrand, 2010; Hogg & Worth, 2009; Negron, Martin, Almog, Balbierz, & Howell, 2013; Small, Taft, & Brown, 2011). Plus précisément, certaines études mettent en relief les effets de la présence et du manque de soutien social sur l'anxiété postnatale de la mère (Belot et al., 2013; Capponi, 2015; Capponi & Horbacz, 2008; Vennat et al., 2018). Ainsi, les études de Capponi (2015) et Capponi et al. (2013) indiquent que la satisfaction de la mère à l'égard du soutien affectif (émotionnel et à l'estime de soi), reçu dans les mois suivant la naissance, explique une part significative de la variance de son état anxieux durant cette période, et ce, indépendamment du trait anxieux, relevant ainsi l'importance de ce type de soutien lors d'anxiété postnatale.

Acteurs du réseau de soutien social

Communauté d'appartenance. La documentation a mis en lumière le besoin accru pour la mère d'un nouveau-né de faire appel à un réseau de soutien (Brunton, Wiggins, & Oakley, 2011), appelé « matrice de soutien » par Stern (1997). Cette communauté d'appartenance réfère historiquement à un réseau de mères, et plus récemment, à un réseau de personnes, femmes ou hommes, ayant pour but de prendre soin de la nouvelle mère afin de soutenir celle-ci dans l'accomplissement de son rôle (p. ex., besoins de base, protection, valorisation, appréciation, guidance dans les apprentissages) (Bydlowski, 2000; Stern, 1997). Il est à noter que ce grand besoin de soutien implique que la mère puisse s'exposer à se sentir critiquée, dévalorisée, assujettie ou abandonnée par sa communauté d'appartenance, ce qui peut entraîner un coût important au regard, notamment, de son estime de soi (Belot et al., 2013; Stern, 1997). Capponi et Horbacz

(2007) ont questionné la nature des sources de soutien de la mère et ont observé que celle-ci compte le plus souvent sur le soutien de son réseau familial immédiat, incluant le conjoint, en tant que communauté d'appartenance, avec ses forces et limites (Wardrop & Popadiuk, 2013). Parallèlement, des chercheurs ont observé que la « matrice de soutien » peut aussi prendre la forme d'un groupe de partage entre mères, en personne (Börjesson, Paperin, & Lindell, 2004; Mills et al., 2013; Wardrop & Popadiuk, 2013) ou par l'entremise de communautés sur internet (Gattoni, 2013; Gibson & Hanson, 2013).

Accompagnante postnatale. Le terme « accompagnante postnatale » réfère, dans la présente étude, à l'ensemble des appellations relatives aux offres de service d'accompagnement postnatal semi-formel, lesquelles sont notamment : *doula* (DONA International, 2019), accompagnante à la naissance (Réseau Québécois d'Accompagnantes à la Naissance, 2019; Association québécoise des accompagnantes à la naissance, 2019), accompagnante aux relevailles (Alternative Naissance, 2019), marraine (Marraine Tendresse de l'Estrie, 2015) et assistante périnatale (Martin, 2017; Roch et al., 2014, 2015). Bien que des variations existent en termes de rôle (p. ex., profil d'accompagnement), de statut (p. ex., employée, travailleuse autonome, bénévole), de formation et de milieu de pratique, elles ne sont pas ici approfondies. Selon DONA International, un organisme phare dans le domaine, la *doula* comble certaines lacunes des pratiques postnatales actuelles, en offrant un soutien non médical aux familles. Elle accompagne la mère, à la suite de la naissance, dans sa récupération émotionnelle et physique, favorise que cette dernière puisse créer son lien avec son bébé et aide les parents

et les autres enfants à intégrer en douceur le bébé dans la famille. La *doula* offre aussi des renseignements à propos de l'adaptation postnatale et des soins à donner au bébé. Enfin, elle peut soutenir la confiance en soi des parents au regard de leurs capacités et de leurs choix parentaux, aider à la préparation des repas et des tâches ménagères légères et assurer, au besoin, le lien avec d'autres ressources d'aide (Kelleher & Simkin, 2002/2016).

Contexte dans lequel se déploie le réseau de soutien social

Accompagnement postnatal de type relevailles. Le terme « relevailles » utilisé au Québec est issu du soutien historiquement dispensé par l'entourage immédiat de la mère après l'arrivée de son bébé, afin d'offrir du repos à celle-ci, de l'aide dans l'organisation de son quotidien et de faciliter sa transition à la maternité (Desrochers & Paquet, 1985; Roch et al., 2014). Bien qu'un effacement des réseaux de soutien traditionnels soit constaté (Belot et al., 2013), des services de relevailles sont actuellement offerts dans différentes régions du Québec, notamment par des organismes à but non lucratif ou par des travailleuses autonomes (Doré & Le Hénaff, 2019). Ces services fournissent une assistance à domicile en réponse aux besoins familiaux (Roch et al., 2014). À cet effet, Roch et al. (2015) distinguent quatre profils d'accompagnement postnatal, soit le profil instrumental (assistance domestique), le profil coaching (mentorat), le profil « nounou » (soins au bébé et aux enfants) et le profil équilibré (regroupant les profils précédents).

Isolement et sollicitude institutionnalisée. La réflexion reliée à la place de la sollicitude dans la société a été développée par plusieurs auteurs. Arènes (2013), Gilligan

(1982/2008) et Pulcini (2012) abordent ce thème en regard du contexte social actuel et du contraste entre les perspectives suivantes : celle du sujet individuel, qui met l'accent sur l'épanouissement de soi et l'autonomie, et celle de la sollicitude dans le lien, qui valorise la qualité du tissu social et des relations le composant. Lorsque la perspective du sujet individuel est mise de l'avant de telle manière que la perspective du lien s'effrite, un élan de pallier l'isolement et l'expérience de la fragilité humaine exacerbés par cet effritement, tend à émerger de la part de différentes institutions sociales (p. ex., organismes communautaires) (Arènes, 2013; Ricoeur, 2003; Zielinski, 2010).

Aperçu de quelques notions reliées au processus de soutien

Qualité de la relation de soutien. L'efficience de l'accompagnement postnatal repose tout particulièrement sur divers éléments pouvant s'exprimer dans la relation de soutien (Aston et al., 2015). En ce sens, Mills et al. (2013) soulignent l'importance du lien de confiance en contexte d'accompagnement postnatal, référant au sentiment de sécurité de la mère qui se fie à sa personne ressource. Par ailleurs, McLeish et Redshaw (2015) ajoutent que le lien de confiance, établi dans un contexte d'accompagnement, tend à s'inscrire dans une perspective symbolique, où le rôle de l'accompagnante peut évoquer pour la mère certains types de relations d'attachement (p. ex., maternel, sororal, amical). De plus, la qualité de la relation de soutien repose notamment sur l'accordage affectif qui peut être plus ou moins présent dans la dyade (Nitschelm, 2015). La notion d'accordage affectif, d'abord développée pour décrire l'interaction entre la mère et son bébé, réfère ici à l'ajustement des interactions affectives entre l'accompagnante et la mère. Entre autres,

la perception et la compréhension des besoins affectifs de la mère et l'adéquation de la réponse de l'accompagnante (Stern, 1985/2003) vont dans ce sens.

Contenance et portance. La notion de contenance réfère à la capacité de recevoir et de transformer en soi, pour soi ou pour une autre personne, par exemple son bébé, l'intensité émotionnelle des affects ressentis, en les reconnaissant et en les accueillant intérieurement avec calme, afin d'être un contenant de sécurité soutenant (Ciccone, 2012; Plaat, 2018; Slade et al., 2005; Winnicott, 1966/2006). La notion de portance renvoie à la contenance de l'émotion et à l'élaboration de sens en lien avec l'anxiété de séparation, à travers un processus d'intégration d'un environnement social suffisamment porteur, au sens de soutenant (Arènes, 2013; Quinodoz, 1991). Ultimement, elle est intégrée dans la personne qui gagne en autonomie en se portant un peu plus elle-même dans une solitude apprivoisée (Arènes, 2013; Quinodoz, 2014; Winnicott, 1958/2015) qui lui permet, à son tour, de devenir un maillon de cette portance sociale (de Saint Aubert, 2016).

Études empiriques

Les recherches empiriques les plus pertinentes aux domaines de l'anxiété postnatale et de l'accompagnement de la mère d'un nouveau-né sont succinctement présentées ci-dessous, en précisant leurs apports et leurs lacunes ayant inspiré la présente étude.

Alors que le vécu de détresse postnatale chez la mère a fait l'objet de maintes études, la compréhension du vécu spécifique d'anxiété associé à cette période a été peu explorée

(Wenzel & Stuart, 2011). À ce propos, Wardrop et Popadiuk (2013) ont étudié l'expérience anxieuse de six mères de Colombie-Britannique à l'égard de leur transition à la maternité. Pour ce faire, elles ont utilisé une méthodologie qualitative de type biographie féministe. Les résultats sont exposés selon cinq catégories principales, soit l'expérience d'anxiété, les attentes de la nouvelle mère, les problématiques liées au besoin de soutien, les dictats sociétaux et la transition à la maternité. Cette étude aborde l'importance et des défaillances perçues relativement au soutien dans la culture actuelle. Elle souligne la nécessité d'élargir la reconnaissance des différentes formes de détresse postnatale, notamment l'anxiété ainsi que l'accès à des soins. Toutefois, les soins mentionnés dans cette étude sont d'ordre médical et ne s'intéressent pas aux services alternatifs dont la mère anxieuse pourrait bénéficier, tel l'accompagnement postnatal.

Quelques recherches répertoriées traitent du soutien offert par une accompagnante postnatale et du lien d'accompagnement (Martin, 2017; McLeish & Redshaw, 2015; Mills et al., 2012, 2013; Roch et al., 2014; Taggart, Short, & Barclay, 2000). À ce sujet, les chercheuses McComish et Visger (2009) ont réalisé une étude qualitative auprès de 13 mères de nouveau-nés et quatre *doulas*. Elles ont utilisé une méthode ethnographique d'observation participante afin de répondre aux deux objectifs suivants, soit identifier les domaines de soins couverts par la *doula* et décrire la façon par laquelle cette dernière peut faciliter le développement de la sensibilité et de la compétence maternelles. Ainsi, leurs résultats exposent 11 domaines de soins relatifs à différents types de soutien et plusieurs facilitateurs dont la continuité relationnelle, la sensibilité à l'attachement et l'accent mis

sur les soins à la mère et au bébé. Les besoins de la mère n'ont toutefois pas été explorés, de sorte qu'ils n'ont pas pu être mis en lien avec les deux objectifs présentés. De plus, cette étude ne fait pas mention de détresse postnatale.

Finalement, l'étude de Roch et al. (2015) aborde la vulnérabilité postnatale dans le cadre d'une vaste recherche menée au Québec. Le volet qualitatif répond à l'objectif d'évaluer les retombées de l'accompagnement postnatal de type relevailles sur les familles et décrire comment ce service peut répondre à leur expérience de vulnérabilité et à leurs besoins. Vingt-six mères et deux pères ont été rencontrés afin de recueillir leurs perceptions. Ensuite, une analyse de contenu dirigée s'appuyant sur un modèle préexistant a été réalisée. Les résultats obtenus sont structurés dans une grille de catégories selon l'expérience de vulnérabilité, les besoins formulés à l'égard des relevailles et les retombées de ce service sur les familles. La vulnérabilité est explorée en fonction des dimensions biologique, psychologique, sociale et cognitive au sens général. En effet, les symptomatologies de détresse postnatale telle l'anxiété, ne sont pas abordées. Aussi, il est possible que l'analyse de contenu dirigée, bien qu'offrant un cadre clair et cohérent avec la documentation, ait pu restreindre les possibilités de mise en sens des données recueillies.

Selon la recension des écrits, il semble qu'aucune étude n'ait investigué l'apport d'un accompagnement postnatal pour des mères éprouvant une détresse anxieuse. Pourtant, cette détresse fréquente chez la mère, comporte plusieurs effets non

négligeables. Aussi, le besoin de soins qui lui est associé a été mis en évidence, tel que décrit plus haut. En outre, les études sur les interventions de soutien lors d'anxiété postnatale restent rares à ce jour, que ce soit dans le cadre d'un accompagnement ou d'une psychothérapie (Christian & Storch, 2009; Favre, 2014; Field, 2018; Wenzel & Stuart, 2011). Ainsi, il apparaît pertinent de mieux comprendre les difficultés et les besoins de soutien de la mère en lien avec sa détresse anxieuse ainsi que l'apport possible d'un accompagnement postnatal à cet effet.

Objectifs de recherche

L'objectif général de la présente étude est d'explorer, décrire et comprendre en profondeur, selon la perspective de la mère, l'expérience de recevoir un accompagnement postnatal en contexte de vécu d'anxiété associé à cette période. Le premier sous-objectif consiste à brosser des portraits descriptifs de la perception de la mère, relativement à ses symptômes anxieux, pour les périodes tout juste avant et après l'accompagnement. Le deuxième sous-objectif vise à explorer la compréhension des symptômes anxieux postnataux de la mère et de ses besoins à cet égard. Le troisième sous-objectif vise à décrire la dynamique relationnelle entre la mère et l'accompagnante ainsi que les incidences de cette relation pour la mère. Le quatrième sous-objectif vise à explorer la perception de la mère au sujet des attitudes de l'accompagnante et de la nature de ses interventions, ainsi qu'au sujet des retombées significatives sur ses symptômes anxieux et sur d'autres dimensions de son vécu.

Méthode

La méthode présentée ci-dessous permet d'explorer l'expérience de la mère ayant reçu un accompagnement postnatal en contexte d'anxiété et de relever ses symptômes anxieux. Elle se compose de quelques sous-sections, soit le devis de l'étude, l'échantillon, la collecte de données, les instruments de mesure et l'analyse des données.

Devis de l'étude

Il a été constaté que peu de recherches se sont penchées sur l'expérience de la mère de recevoir du soutien en contexte d'anxiété postnatale (Capponi & Horbacz, 2008; Capponi et al., 2013). À notre connaissance, aucune étude n'a pris pour objet cette expérience d'anxiété dans le cadre d'un accompagnement postnatal de type relevailles (Hamelin-Brabant et al., 2013; Roch et al., 2015). Dans la perspective de faire émerger de nouvelles connaissances à cet égard, un devis principalement qualitatif exploratoire a été choisi (Blais & Martineau, 2006; Paillé & Mucchielli, 2016). Ainsi, la collecte et l'analyse des données de la présente étude sont encadrées par une méthode qualitative, à l'exception des données obtenues des questionnaires, lesquelles sont traitées de façon descriptive.

Échantillon

Un échantillon de mères a été sélectionné par l'entremise de deux organismes à but non lucratif : Mairaine Tendresse de l'Estrie à Sherbrooke et Alternative Naissance à Montréal (voir Appendice A). Les responsables de ces organismes ont participé au recrutement en tant qu'intermédiaires au référencement. Elles ont transmis, par courriel ou par téléphone, une invitation de participation à l'étude à des mères ayant terminé un

accompagnement postnatal (voir Appendice B). Elles ont ensuite acheminé à la chercheuse les coordonnées des mères ayant donné leur accord pour être contactées. La chercheuse a réalisé avec ces mères une courte entrevue téléphonique de sélection pour valider leur intérêt à participer à l'étude et leur correspondance aux critères d'inclusion et d'exclusion (voir Appendice C). Les critères d'inclusion étaient : avoir complété un accompagnement postnatal de type relevailles depuis un maximum de cinq mois au moment de l'entrevue semi-structurée, avoir manifesté des symptômes anxieux entre la naissance de leur bébé et le début de leur accompagnement postnatal, avoir obtenu un score de quatre et plus sur une échelle de zéro à huit estimant la sévérité de cette anxiété, bien comprendre le français à l'oral et à l'écrit et avoir atteint l'âge de la majorité. Les critères d'exclusion étaient : présenter des idéations suicidaires actives, avoir reçu un diagnostic de trouble psychotique, de schizophrénie, de trouble bipolaire, de trouble organique cérébral ou de déficience intellectuelle et avoir un lien direct avec la chercheuse. Ces critères ont été choisis de façon à favoriser la cueillette de témoignages variés et centrés sur l'objet de recherche. Huit mères ont traversé cette étape de sélection et ont été rencontrées pour la collecte des données. Des huit participantes, six d'entre elles ont été retenues pour composer l'échantillon final, en fonction de la richesse et de la complémentarité des entrevues au regard de l'objet étudié.

Cueillette des données

La rencontre de cueillette de données s'est accomplie en quatre moments : prendre contact de façon informelle avec les participantes dans leur environnement, lire et signer

le formulaire de consentement à l'étude (cinq minutes), recueillir des données descriptives sur les symptômes anxieux à l'aide de questionnaires (15 à 20 minutes) et mener l'entrevue semi-structurée (75 à 100 minutes). Cette entrevue semi-structurée a offert un cadre approprié pour permettre à la chercheuse de poser des questions spécifiques en lien avec le sujet de l'étude et pour permettre aux participantes de témoigner de leur vécu en s'exprimant dans leurs propres mots (Esterberg, 2002). Des sous-questions ont également été posées aux mères afin de guider l'entrevue en fonction de l'objet de recherche. Lors des entrevues semi-structurées, la chercheuse a veillé à favoriser une ambiance propice à l'évocation et à porter attention au récit des processus expérientiels concernés. Pour ce faire, la chercheuse a relancé des aspects du discours des participantes, notamment en s'inspirant sommairement de l'entretien d'explicitation, un type d'entrevue orienté vers la description fine du déroulement d'une situation passée (Vermersch, 2017). Les entrevues semi-structurées ont été enregistrées sur une bande audio numérique.

Instruments de mesure

Questionnaires descriptifs

Des données sociodémographiques ont été recueillies dans un premier questionnaire, afin de connaître certaines caractéristiques de l'échantillon (voir Appendice E). Deux questionnaires complémentaires – administrés tout juste avant l'entrevue de cueillette des données – ont permis de réaliser des portraits sommaires de la perception des participantes à propos de leurs symptômes anxieux lors des périodes précédant et suivant l'accompagnement. Ces derniers questionnaires fournissent des

indicateurs généraux d'anxiété. Ils ont été retenus en fonction des études de validation de la version francophone et de leurs propriétés psychométriques. La version francophone du *Questionnaire sur les Inquiétudes de Penn State* (QIPS; Gosselin, Dugas, Ladouceur, & Freeston, 2001) mesure la tendance à s'inquiéter auprès des adultes à l'aide de 16 items (voir Appendice F). Les études de validation de la version francophone (Gosselin et al., 2001) révèlent une structure à un facteur adéquate, une excellente cohérence interne ($\alpha = 0,82$ à $0,92$) et une validité convergente satisfaisante (corrélations de $0,35$ à $0,68$ entre le QIPS et le QII). La version francophone du questionnaire *State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety* (STICSA; Duhamel et al., 2012) mesure les symptômes cognitifs et somatiques de l'état et du trait anxieux à l'aide de 21 items (voir Appendice G). Dans la présente étude, seule la section de l'état anxieux du STICSA a été utilisée, car l'objectif était de décrire les manifestations anxieuses reliées à des temps précis. L'étude de validation de la version francophone (Duhamel et al., 2012) supporte la structure factorielle, confirme la qualité de la validité de convergence ainsi que la très bonne cohérence interne ($\alpha = 0,75$ et $0,88$) pour les dimensions cognitive et somatique (corrélations de $0,56$ entre le STICSA et le QIPS).

Canevas d'entrevue

La construction du canevas de l'entrevue semi-structurée a été guidée par les objectifs de l'étude. Ainsi, les questions ouvertes ont été formulées de façon à favoriser l'émergence de témoignages congruents (Patton, 2015). Des sous-questions ouvertes d'approfondissement ont été intégrées. De plus, des formulations inspirées de l'entretien

d'explicitation ont été ajoutées, au commencement de l'entrevue et au retour de la pause, dans le but d'instaurer un climat propice à la remémoration de souvenirs associés au thème de l'étude (Vermersch, 2017). Sur le plan du choix des mots, les termes « anxiété et symptômes anxieux » ont été remplacés par des termes approchants, tels « inquiétude, insécurité, stress, crainte et préoccupation », en raison de leur portée évocatrice du vécu. Six sections composent le canevas d'entrevue. La première aborde le contexte du début de l'accompagnement postnatal, la détresse anxieuse des participantes et leurs demandes de soutien. La deuxième explore les caractéristiques des accompagnantes et de leurs interventions ainsi que l'effet sur le vécu anxieux et les demandes de soutien des participantes. La troisième questionne les particularités des participantes et de leur contexte postnatal. La quatrième aborde la dynamique relationnelle entre les participantes et les accompagnantes ainsi que ses retombées. La cinquième repose sur les types de soutien répertoriés dans la documentation. La sixième permet d'avoir une vue d'ensemble sur le chemin parcouru lors de l'accompagnement postnatal, au regard du vécu anxieux et d'autres éléments significatifs pour les participantes (voir Appendice H).

Analyse des données

Analyse descriptive

Les données issues des questionnaires QIPS (Gosselin et al., 2001) et STICSA (Duhamel et al., 2012) ont été analysées de façon descriptive pour réaliser des portraits des symptômes anxieux des participantes, selon leur point de vue. Ces portraits donnent

des indications quant à l'intensité de l'anxiété des participantes composant l'échantillon lors des périodes précédant et suivant l'accompagnement reçu.

Analyse qualitative inductive générale

La méthode d'analyse qualitative inductive générale a été retenue pour l'analyse des entrevues semi-structurées, en raison de sa pertinence concernant le cadre exploratoire de la présente étude qui a pour objectif l'émergence de nouvelles connaissances. L'analyse qualitative inductive vise à dégager le sens contenu dans les données brutes et à établir des liens entre les objectifs de l'étude et les catégories émergées. Elle met également l'accent sur le processus de réduction des données à la base de l'approfondissement du sens issu des données brutes (Blais & Martineau, 2006). Plusieurs étapes ont encadré le processus de codification des données. Lors de la première étape de préparation des données, le matériel recueilli lors des entrevues semi-structurées a été transcrit verbatim et inséré dans le logiciel QDA Miner. La deuxième étape a consisté à écouter et lire, à quelques reprises, les témoignages des participantes. À la troisième étape consistant en l'identification et la description des premières catégories, les transcriptions verbatim ont été segmentées en regroupements de mots exprimant une même idée, appelés unités de sens. Des codes résumant les unités de sens ont été formulés. Graduellement, ces codes ont été rassemblés par affinités et ont fait naître des catégories désignant de façon substantive les contenus reliés à l'objet de l'étude (Paillé & Mucchielli, 2016). Certaines caractéristiques ont balisé l'élaboration des codes et catégories, par exemple, leur nombre limité, leur capacité d'évocation, leur pertinence et la clarté de leur formulation (L'Écuyer,

1990). La méthode de codification en continu utilisée a permis de prendre une distance progressive avec le contenu des entrevues et ainsi de conserver un ancrage en finesse dans les données (Paillé & Mucchielli, 2016). La grille de catégorisation, incluant les catégories, les codes et leurs définitions, a pris forme et a évolué au fil de la codification. La quatrième étape a été la révision et le raffinement des catégories. Ces catégories ont graduellement été fusionnées, divisées, hiérarchisées et révisées en fonction des liens les unissant au sein de la grille de catégorisation (Paillé & Mucchielli, 2016). Tout au long de la réduction des données, des annotations ont été colligées, afin de servir d'aide-mémoire et de support à la réflexion (Blais & Martineau, 2006). À l'approche de la saturation des données – lorsque le processus d'analyse ne génère presque plus de nouvelles catégories – une validation inter-juges a été réalisée (voir Appendices I, J). La saturation des données a par la suite été atteinte lors de l'analyse du verbatim de l'entrevue de la cinquième participante. L'analyse de l'entrevue de la sixième participante a permis de corroborer l'atteinte de la saturation des données. Des définitions ont été composées afin de décrire avec précision les codes de la grille de catégorisation (voir Appendice K).

Démarche pour le calcul du niveau d'accord inter-juges

Le calcul de l'accord inter-juges a été réalisé pour vérifier la validité et la fiabilité du processus de codification (Blais & Martineau, 2006). Pour ce faire, la grille de catégorisation a d'abord été présentée à l'assistante de recherche, une doctorante en psychologie formée à la méthode d'analyse. Ensuite, un extrait d'une vingtaine de minutes de la cinquième entrevue, sélectionné et considéré suffisamment représentatif des

données, a été présegmenté en unités de sens par la chercheuse dans le but de contrôler la variabilité reliée au processus de segmentation lors de la codification inter-juges (Lombard, Snyder-Duch, & Bracken, 2002). La validation inter-juges a été réalisée via une codification parallèle de l'assistante et de la chercheuse. Les codes obtenus ont été comparés à l'aide du logiciel QDA Miner, afin de calculer l'accord inter-juges qui s'est révélé très satisfaisant (Saporta, 2006), avec un taux d'accord brut de 0,85 et un coefficient Alpha de Krippendorff de 0,81, tenant compte de l'effet possible du hasard (Hayes & Krippendorff, 2007). Découlant du processus inter-juges, des améliorations ont été apportées à la grille de catégorisation : certaines catégories sont devenues plus englobantes, d'autres plus différenciées et enfin, d'autres ont été fusionnées.

Considérations éthiques

Le projet de la présente étude avait préalablement été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines de l'Université de Sherbrooke. Un formulaire de consentement a été lu et signé par les participantes avant de débiter la cueillette des données (voir Appendice D). Celui-ci présentait notamment l'objectif de l'étude, les implications reliées à la participation, les mesures de confidentialité et le droit de se retirer de l'étude sans préjudice. Puisqu'il s'agit d'une étude qualitative avec un petit échantillon, une attention particulière a été portée afin que les participantes ne puissent pas être reconnues à la lecture du mémoire doctoral. Les données ont été conservées de façon à protéger la confidentialité durant la collecte et l'analyse des données. Elles sont archivées de façon sécurisée et seront effacées après un délai de cinq ans.

Résultats et Discussion

La présente section se compose de plusieurs sous-sections regroupées en deux parties. La première partie donne une vue d'ensemble sur l'exploration accomplie en regard des objectifs de recherche. Elle comprend la présentation et la discussion des résultats issus des questionnaires descriptifs en premier lieu, puis des résultats issus des entrevues semi-structurées en deuxième lieu. Les résultats sont présentés et discutés en alternance au fil du texte, afin de favoriser le tissage des liens entre les résultats et les éléments de la documentation. La seconde partie comprend les forces, les limites et les retombées de l'étude, ainsi que les pistes d'investigations futures.

Présentation et discussion des résultats relatifs aux questionnaires descriptifs

Les questionnaires descriptifs ont été complétés par les participantes lors de l'entrevue de cueillette des données. Les résultats associés sont ici présentés et discutés.

Données sociodémographiques

Ces données, recueillies à l'aide d'un questionnaire, sont sommairement présentées afin de décrire l'échantillon en préservant l'anonymat des participantes, étant donné qu'elles sont peu nombreuses (six ont été retenues). Les participantes habitent Montréal ou la région de Sherbrooke. Elles sont âgées de 25 à 45 ans et mères d'un à trois enfants. Certaines sont en couple avec le père de leur bébé et d'autres sont monoparentales. Leur niveau de scolarité se distribue également entre le secondaire, le collégial et l'universitaire. Les façons de nourrir leur bébé varient selon les mères et dans le temps (p. ex., sein, biberon, dispositif d'aide à l'allaitement). La période durant laquelle les

participantes ont reçu leur accompagnement postnatal s'est déroulée entre la naissance et les huit mois de leur bébé. La durée de cet accompagnement a varié entre deux à sept mois, selon les besoins de la mère et les disponibilités du service. La diversité des caractéristiques des participantes concernant leur âge, leur niveau de scolarité, le type d'allaitement et l'âge de leur bébé au moment de l'accompagnement, rejoint celle observée parmi les utilisatrices des services de relevailles offerts par les Centres de Ressources Périnatales du Québec (Roch et al., 2015).

Portraits des symptômes anxieux

Étant donné la nature qualitative exploratoire de l'étude et la petite taille de l'échantillon, les résultats issus des questionnaires descriptifs ont été analysés de façon globale et sont présentés sous la forme de deux portraits. En lien avec le premier sous-objectif de l'étude, ces portraits esquissent la perception des participantes quant à leurs symptômes anxieux lors de deux périodes : entre la naissance et le début de l'accompagnement postnatal, et au moment de l'entrevue de collecte des données. Il est à noter que les portraits relatifs aux questionnaires doivent seulement être interprétés dans une perspective d'indicateurs généraux de la présence et de la variabilité temporelle des symptômes anxieux, car aucune comparaison statistique n'a été réalisée pour déterminer si ces variations étaient significatives ou non. Les questionnaires choisis, une portion de la version francophone du questionnaire *State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety* (STICSA; Duhamel et al., 2012) et la version francophone du *Questionnaire sur les Inquiétudes de Penn State* (QIPS; Gosselin et al., 2001), mesurent respectivement les

symptômes cognitifs et somatiques de l'état anxieux et les symptômes reliés à la tendance à s'inquiéter.

Le premier portrait compare les scores totaux obtenus par l'échantillon aux deux périodes concernées. Ceux-ci réfèrent à des moyennes calculées à partir des scores totaux obtenus par les participantes. La somme des scores de l'échantillon pour la période entre la naissance et le début de l'accompagnement (STICSA : 54,49; QIPS : 59,42) ressort plus élevée que celle pour la période suivant l'accompagnement (STICSA : 33,66; QIPS : 49,32), et ce, pour les deux questionnaires. Ce portrait fait ainsi ressortir une diminution globale, telle que perçue par les participantes, de l'intensité de leurs symptômes anxieux.

Plusieurs auteurs se sont intéressés au rapport entre le soutien et la détresse postnatale de la mère (Coates, de Visser, & Ayers 2015; Hamelin-Brabant et al., 2013; Moran et al., 2004; Roch et al., 2015). Vennat et al. (2018) explorent l'impact du manque de soutien postnatal en lien avec l'intensité et l'évolution de la détresse de la mère, durant la période se situant entre la deuxième semaine et les six premiers mois de vie de son bébé. Dans cette étude, les mères du groupe ayant peu ou pas bénéficié de soutien sont beaucoup plus nombreuses à présenter un état d'anxiété postnatale de niveau élevé (41,5 %) que celles du groupe ayant bénéficié de soutien (19,9 %).

Le deuxième portrait fait ressortir que les participantes ont noté, au regard de leur symptômes anxieux, une variation d'intensité de plus d'un point sur les échelles de type

Likert, entre les deux périodes comparées. Le Tableau 1 présente les items concernés pour le questionnaire STICSA (*pas du tout* [1] à *beaucoup* [4]) et les items concernés pour le questionnaire QIPS (*pas du tout correspondant* [1] à *extrêmement correspondant* [5]).

Tableau 1

Items pour lesquels une variation d'intensité a été relevée entre les périodes précédant et suivant l'accompagnement

STICSA	QIPS
Mon cœur bat rapidement	Quand je commence à m'inquiéter, je ne peux plus m'arrêter
Je pense que le pire va arriver	Mes inquiétudes me submergent
Je ne peux pas me concentrer sans être dérangée par des pensées non pertinentes	Plusieurs situations m'amènent à m'inquiéter
Je me sens tremblante et chancelante	Quand je suis sous pression, je m'inquiète beaucoup
Je sens que mes muscles sont faibles	Je m'inquiète continuellement à propos de tout
Je me sens angoissée par mes problèmes	Aussitôt que j'ai fini une tâche, je commence immédiatement à m'inquiéter au sujet de toutes les autres choses que j'ai encore à faire
Mes muscles sont tendus	Je n'ai pas tendance à m'inquiéter à propos des choses (item inversé)
J'imagine mes malheurs futurs	
Je n'arrive pas à me débarrasser de certaines pensées	
Je me sens étourdie	
Je me tiens occupée pour éviter des pensées inconfortables	
Ma respiration est rapide et peu profonde	

Les variations d'intensité des symptômes anxieux, relevées dans le premier portrait et précisées dans le deuxième portrait, montrent une diminution rapportée par les participantes pour la période suivant l'accompagnement. Ainsi, le deuxième portrait cible des symptômes ayant connu une diminution selon les participantes : le degré d'incontrôlabilité et d'envahissement de l'anxiété, la généralisation des domaines d'inquiétude, la tendance à s'inquiéter et à anticiper le pire, les pensées intrusives, le recours à l'action pour gérer les pensées inconfortables, ainsi que certains symptômes

physiques relevant de la présence d'angoisse (rythme cardiaque, sens de l'équilibre et systèmes musculaire et respiratoire). Il est ainsi possible que certains de ces symptômes ait été modulés par la contribution de l'accompagnement postnatal.

Wardrop et Popadiuk (2013) font aussi ressortir un ensemble de symptômes généraux que la mère peut relier à son expérience d'anxiété postnatale sur les plans physique (p. ex., difficultés respiratoires, maux de tête, agitation, rythme cardiaque), émotionnel (p. ex., réactivité accrue, frustration, rage, pleurs, sentiment d'être submergée de stress) et cognitif (p. ex., rigidité, dissociation, inquiétudes excessives à propos du bébé). En complémentarité, Fallon et al. (2016) ont récemment exploré le contenu spécifique des symptômes anxieux postnataux des mères, faisant ressortir que ce contenu tend à se regrouper autour des thèmes suivants : compétences maternelles et anxiété d'attachement, sécurité et bien-être des enfants, soins du nourrisson et adaptation psychosociale à la maternité.

Présentation et discussion des résultats relatifs à la grille des catégories

Les résultats, issus des entrevues et organisés dans une grille des catégories lors du processus d'analyse qualitative inductive générale, sont ici présentés et discutés. L'expérience de la mère de recevoir un accompagnement postnatal en contexte de vécu d'anxiété, est décrite en profondeur et selon sa perspective.

Afin de faire ressortir les éléments des résultats perçus essentiels en lien avec les entrevues, des choix ont été effectués par la chercheuse. Ces choix reposent sur les objectifs de recherche, la récurrence de thèmes abordés par les participantes ainsi que sur la pertinence possible de certains résultats pour les intervenants du domaine de la périnatalité. Une présentation complète des résultats est aussi disponible dans la grille des catégories ayant pour titre « Accompagnement postnatal en contexte d'anxiété dans le devenir mère » (voir Appendice K). Les catégories retenues dans la présente section sont indiquées en caractère gras dans les tableaux, ce qui permet de les situer dans une perspective d'ensemble. Ces tableaux détaillent jusqu'à quatre niveaux de catégories issues de la grille : principales, secondaires, tertiaires et quaternaires. Le dernier niveau possible de catégories se retrouve dans le corps du texte en caractère *italique* s'il y a lieu. À la suite des tableaux qui leur correspondent, les catégories sont présentées, illustrées par des extraits d'entrevue et discutées en regard de la documentation. Les extraits issus des entrevues avec les participantes visent à favoriser une compréhension vivante et sensible des catégories. Il est à noter que certains mots et phrasés des extraits verbatim ont été modifiés, afin de faciliter la lecture et de s'assurer que les participantes et leurs accompagnantes ne puissent pas être reconnues (p. ex., modifications mineures concernant les expressions verbales, le genre des enfants et des aspects contextuels précis). Ces modifications ont été réalisées en portant attention à maintenir le plus possible l'intégralité du sens des propos. Les catégories principales se déclinent comme indiqué dans le Tableau 2.

Tableau 2

*Portrait global de la grille de catégorisation :
Accompagnement postnatal en contexte d'anxiété dans le devenir mère*

Catégories principales
A. Bouleversement de la mère relié à la demande d'accompagnement postnatal
B. Qualité de la relation entre la mère et les relevailles
C. Ingrédients aidants de l'accompagnement relevés par la mère
D. Retombées bénéfiques de l'accompagnement reçu par la mère

Tableau 3

Bouleversement de la mère relié à la demande d'accompagnement postnatal

Catégorie principale	Catégories secondaires	Catégories tertiaires
A. Bouleversement de la mère relié à la demande d'accompagnement postnatal	A.1. Émergence d'anxiété sous plusieurs formes à la naissance du bébé	A.1.1. Stupeur de se sentir démunie dans le savoir, le savoir-être ou le savoir-faire A.1.2. Anticipation de l'incertitude inhérente à sa responsabilité de mère A.1.3. État de surmenage inapaisé dans le corps et dans la psyché de la mère au quotidien A.1.4. Ressenti puissant d'une frousse d'anéantissement de la mère
	A.2. Déploiement de charges affectives dans le rapport à l'allaitement au sein	A.2.1. État désemparé devant le geste immémoré de l'allaitement A.2.2. Contact primaire de la femme avec la mère allaitante en elle
	A.3. Préoccupations reliées à la disponibilité dans les relations familiales ou avec les proches	A.3.1. Défi de concilier au quotidien les soins du bébé et ceux des autres enfants A.3.2. Isolement éprouvé auprès de l'entourage familial ou amical immédiat
	A.4. Remous identitaires quant au sentiment et à la perception de soi	A.4.1. Choc identitaire relié à l'identification de soi en tant que mère de son bébé A.4.2. Mise en veilleuse de parts de soi pourtant importantes A.4.3. Réaction d'auto-invalidation envers son vécu en tant que mère A.4.4. Bourgeons de protection identitaire face aux bouleversements

La catégorie principale « Bouleversement de la mère relié à la demande d'accompagnement postnatal » regroupe différentes expériences de vulnérabilité associées à cette période qui ont suscité, selon la mère, un vécu d'anxiété et qui ont

contribué à sa demande d'accompagnement postnatal (voir Tableau 3). Ainsi, s'amorce une réponse au deuxième sous-objectif de la présente étude qui vise l'exploration d'une compréhension des symptômes anxieux et des besoins à cet égard.

A.1.1. Stupeur de se sentir démunie dans le savoir, le savoir-être ou le savoir-faire

Il se dégage des entrevues que la mère peut percevoir et ressentir en elle une troublante insuffisance d'habiletés à exercer son rôle parental, comme en témoignent les catégories : *Étonnement bouleversé de se découvrir non préparée psychologiquement et Angoisse d'incompétence de la mère dépassée dans ses ressources actuelles*. En lien avec ces deux catégories, une participante exprime son vécu :

Tu ne sais pas... Moi je planifie, je fais des plans, et là, je ne pouvais pas faire de plans. Tu arrives à la maison après l'accouchement et tu fais : « O.K., maintenant qu'est-ce que je fais? Est-ce que je prends correctement mon bébé dans mes bras? Pourquoi pleure-t-il? Qu'est-ce que je dois faire? » Je me sentais incompétente. Je n'avais pas idée de ce que je devais faire. Comme adulte, d'habitude, quand je fais quelque chose, je sais comment le faire. C'est cet aspect que je trouvais difficile. Je suis quelqu'un qui a besoin de savoir, d'être bonne dans ce que je fais. Et là, je ne suis pas bonne du premier coup. Ce n'est pas automatique d'être une bonne maman. Oui, tu as le titre de mère, mais tu n'as pas le vécu, alors c'est difficile!

L'extrait qui précède permet de suivre le fil des pensées d'une participante exprimant de l'anxiété, déroutée devant l'absence de marche à suivre précise ou de savoir-faire ancré dans le vécu. Similairement, Wilkins (2006) a observé la présence d'un ressenti de pression de performance pour la mère lors de la période postnatale, alimentant ses doutes quant à ses capacités, dans le cadre d'une étude sur la trajectoire parcourue par des femmes quittant une vie plutôt contrôlée, dans laquelle elles se sentaient compétentes,

pour l'inconnu de la maternité. Relativement au sentiment de la mère de se retrouver démunie devant sa réalité postnatale, plusieurs études révèlent que celle-ci entre souvent dans la maternité avec la perception d'une préparation insuffisante (Barnes et al., 2008; Bollen, 2015; Coates et al., 2014; Cronin, 2003, Darvill et al., 2010; Hamelin-Brabant et al., 2015). Selon Wardrop et Popadiuk (2013), la mère de la culture occidentale actuelle peut se retrouver à faire la plupart de ses apprentissages reliés à la maternité par le biais d'enseignements formels et de livres. Ce contexte culturel, caractérisé par des exigences élevées, peut être ressenti par la mère comme étant déconnecté de l'expérience vécue de la naissance et de l'accueil d'un nouveau-né. Ces éléments contribueraient au manque de soutien perçu par celle-ci lors de sa transition à la maternité et à l'accroissement de l'anxiété postnatale (Wardrop & Popadiuk, 2013).

A.1.2. Anticipation de l'incertitude inhérente à sa responsabilité de mère

Les entrevues mettent en évidence que la mère, se sentant responsable de la protection de son bébé et de ses autres enfants, s'il y a lieu, peut vivre de l'effroi devant l'imprévisibilité des situations éventuelles qui pourraient avoir un impact défavorable sur sa famille. Les catégories suivantes décrivent les thèmes d'inquiétudes ressortis à cet égard : *Appréhension de perte de contrôle dans la gestion du quotidien*, *Inquiétude envahissante amplifiée du pire qui pourrait arriver*, *Insécurité de réussir à subvenir matériellement aux besoins des enfants* et *Crainte de reproduire les manques affectifs de sa propre enfance*. L'extrait suivant exprime une crainte de perte de contrôle et un sentiment d'envahissement par des inquiétudes relatives à des situations anticipées :

Je commençais à stresser beaucoup. J'avais peur de me sentir débordée et de ne pas y arriver. J'avais peur que mes enfants et moi mangions moins bien, peur de tomber malade, peur d'être impatiente avec mon grand, peur de pas être capable de vivre selon mes convictions et mes valeurs...

Viau-Guay (2011) étudie le lien entre les inquiétudes postnatales des mères et certaines vulnérabilités cognitives reliées à l'anxiété telles que ciblées par Dugas, Gagnon, Ladouceur et Freeston (1998). Cette étude fait ressortir que l'intolérance à l'incertitude et l'attitude négative envers les problèmes, mesurées pendant la grossesse et après l'accouchement, prédisent les inquiétudes postnatales de la mère, générales ou relatives à la maternité. De plus, Viau-Guay (2011) observe que les inquiétudes sont associées à la présence de difficultés d'adaptation postnatales chez les mères.

A.1.4. Ressenti puissant d'une frousse d'anéantissement de la mère

Il ressort des propos des participantes que la mère peut vivre une grande peur, alors qu'elle ressent en elle un potentiel de désorganisation importante, éveillé par sa situation postnatale, tel qu'illustré dans les catégories : *Peur viscérale de sombrer dans un profond écoulement physique ou psychique, Désespérance poignante d'arriver à traverser les difficultés éprouvées, Angoisse de mort reliée au bébé éprouvée intensément par la mère, Perte de sens vécue au cœur des bouleversements et Nécessité ressentie de retrouver un équilibre dans les rafales d'angoisse*. Les extraits suivants mettent en relief un écoulement physique ou psychique et un désespoir envers les difficultés :

J'avais beaucoup de difficulté à laisser mon bébé sans surveillance. Je me sentais en alerte, je vérifiais toujours s'il allait bien. En même temps, j'avais besoin de prendre soin de moi, mais je me sentais trop faible pour y arriver. J'avais peur de m'effondrer physiquement, de ne pas y arriver.

Mes enfants me répétaient : « Es-tu correcte maman? » Je me suis sentie tomber et j'ai pleuré sans retenue devant eux. J'étais paniquée que ma douleur ne parte pas. J'essayais de me calmer, mais je n'y arrivais pas. J'étais dans la peur de ne pas réussir à accomplir mon rôle et j'avais plein de pensées qui mettaient en doute le sens de ma place comme mère.

Dans le premier extrait présenté ci-haut, la participante témoigne d'un état de grande vulnérabilité et de lutte contre celui-ci à travers l'épuisement physique et l'hypervigilance psychique. Dans le deuxième extrait, la participante exprime un état de panique de se sentir s'écrouler intérieurement dans un sentiment de désespoir. Lors d'autres situations postnatales, la mère peut aussi, au contact de son bébé, entrer en résonance avec des vécus archaïques (Mellier, 2007) et revivre des bribes diffuses de souffrances issues de sa propre expérience de nouveau-né, alors totalement dépendant de l'environnement pour assurer son existence (Belot et al., 2016; Stern, 1997; Winnicott, 1956/2006, 1958/2015, 1965/2012, 1966/2006).

La crainte d'effondrement (*fear of breakdown*) décrite par le clinicien Winnicott (1963/2000), qui a exploré la relation entre la mère et son bébé, apporte un éclairage intéressant à cet égard. Cette crainte d'effondrement réfère à un ressenti de grande fragilité chez une personne submergée par l'angoisse d'une désorganisation, voire même d'une désintégration du sentiment de soi. Selon Winnicott (1963/2000), les réponses d'une personne qui tente de gérer cette angoisse d'effondrement, menaçant son identité profonde, peuvent prendre différentes formes telles se désorganiser au quotidien, tenter de se reconforter dans un prendre soin de soi (*self-holding*), se vivre comme une

spectatrice impuissante, déconnectée de son expérience et perdre momentanément sa capacité d'être en lien avec les autres (p. ex., avec son bébé ou avec son entourage).

A.2.1. État désesparé devant le geste immémoré de l'allaitement

Il se dessine des entrevues que la mère peut se trouver désorientée et en détresse quant au geste d'allaiter, généralement préconçu comme allant de soi de façon innée, bien que la réalité puisse se passer tout autrement, tel que ressorti dans les catégories : *Anxiété reliée à la pression de l'attente d'un allaitement au sein, Incompréhension bouleversante que la tétée soit difficile, Désarroi de se trouver démunie dans ses tentatives d'allaiter et Renoncement à l'allaitement au sein étant donné la détresse*. L'extrait suivant regroupe les trois dernières catégories à propos de l'allaitement :

Pour la première fois, j'avais du lait. Je ne comprenais pas ce qui se passait, pourquoi mon bébé ne prenait pas bien le sein. J'essayais d'allaiter et mon autre enfant ne comprenait pas non plus ce qui se passait. Il se prenait après moi et pleurait. Il voulait que je le prenne et que je m'occupe de lui, alors je me cachais pour allaiter. Et l'allaitement n'allait pas bien. Je me suis sentie coincée, démunie et j'avais beaucoup de peine. On a décidé de donner le biberon. J'avais de la peine. Je ressentais de l'angoisse.

La documentation met en lumière comment les attentes postnatales de la mère tendent généralement à se baser sur des représentations culturelles de la maternité comme étant purement naturelle, instinctive et agréable. L'écart, entre ces représentations et la réalité vécue, peut être important et entraîner chez la mère un sentiment d'inadéquation (Bollen, 2015; Choi et al., 2005; Cronin-Fisher & Parcell, 2019; Darvill et al., 2010). Par exemple, Coates et al. (2014) rapportent, au sujet de la relation à l'allaitement, une expérience polarisée pour les mères participantes de leur étude. D'une part, elles

expriment une conception du processus d'allaitement au sein comme étant « le plus naturel du monde ». D'autre part, elles témoignent d'un vécu de difficultés très intenses relié à l'allaitement au sein. Similairement, dans l'extrait présenté ci-haut, le processus biologique de l'allaitement et la détresse de la famille sont ressentis comme inconciliables et impossibles à relier par une mise en sens. Il est aussi à noter que l'anxiété tend à engendrer des difficultés d'allaitement, qui à leur tour, exacerbent l'anxiété (Fallon et al., 2016, 2018; Field, 2018; Ystrom, 2012).

A.3.1. Défi de concilier au quotidien les soins du bébé et ceux des autres enfants

Les entrevues font ressortir que la mère peut éprouver une détresse ou une tension intérieure en divisant son attention privilégiée entre ses enfants, en assurant la gestion de ceux-ci et en cherchant à répondre à leurs besoins différents, tel que déployé dans les catégories : *Angoisse de séparation de la mère avec les autres enfants*, *Culpabilité déchirante de diviser sa disponibilité entre les besoins des enfants* et *Détresse aiguë dans la difficulté de gérer tous ses enfants à la fois*. Cet extrait réfère aux deux premières catégories en évoquant les enjeux de séparation et de disponibilité limitée :

C'était difficile de devoir me séparer, de me sentir coupée entre mes enfants. Entre mon petit bébé qui avait besoin, moi qui avais besoin d'être à l'hôpital pour mes soins et mon aîné qui avait besoin de ses parents aussi.

La relation que la mère développe avec son nouveau-né peut se caractériser par une grande sensibilité envers celui-ci en tant qu'être à part entière (Ciccone, 2012; Winnicott, 1956/2006). Lorsque le nouveau-né arrive dans une fratrie, les rapports de proximité et de disponibilité se modifient au sein de la famille dans le contexte sensible de l'établissement

d'une nouvelle relation primaire, référant à l'engagement de la mère envers son bébé (Stern, 1997). Cette mouvance relationnelle éveille le système d'attachement de la mère et peut susciter une anxiété de séparation (Cooklin, Giallo, D'Esposito, Crawford, & Nicholson, 2013) ou une dynamique d'empiètement auprès de ses enfants (Plaat, 2018). En ce sens, l'extrait ci-haut évoque un ressenti anxiogène de discontinuité forcée dans les liens de la mère avec ses enfants, consécutivement à la naissance de son nouveau-né.

A.3.2. Isolement éprouvé auprès de l'entourage familial ou amical immédiat

Il transparaît des données recueillies que la mère peut se sentir seule quant à son rôle parental dans un entourage qu'elle perçoit trop peu disponible, peu apte, ou peu conforme à ses attentes pour pouvoir l'aider de façon satisfaisante durant sa période postnatale, tel que décliné dans les catégories : *Isolement face à un entourage perçu peu en mesure d'offrir une aide ajustée, Détresse inquiète dans son rôle de mère quant au retour au travail du conjoint* et *Esseulement dans un éprouvé d'incompréhension de la part de l'entourage*. Cet extrait aborde le thème de l'isolement auprès de l'entourage :

À un moment, j'ai trouvé cela très difficile parce que j'avais l'impression que je n'avais pas d'aide. Tout le monde a sa vie autour de moi. Ma famille ne se sentait pas à l'aise de venir m'aider. Ils voulaient essayer de m'offrir de l'aide, mais ils n'en étaient pas nécessairement capables.

L'isolement éprouvé par la mère peut être relationnel ou géographique (Belot et al., 2013). Il existe un consensus dans les études empiriques sur la présence d'une grande solitude vécue par la mère au cours de la période postnatale (Hamelin-Brabant et al. 2013; Hogg & Worth, 2009; Mills et al., 2013; Taggart et al., 2000). De plus, le manque de

soutien social relié à cet isolement, en termes de quantité et de qualité, exacerberait l'anxiété de la mère (Vennat et al., 2018; Wardrop & Popadiuk, 2013).

A.4.3. Réaction d'auto-invalidaiton envers son vécu en tant que mère

Il émerge des entrevues que la mère peut expérimenter une résistance à accepter une part de son expérience postnatale. Elle peut se blâmer ou éprouver d'autres formes d'invalidaiton envers elle-même, par exemple sur le plan des émotions vécues ou de ses capacités actuelles, résistance qui est exprimée dans les catégories : *Refus coupable chargé de reproches d'éprouver des affects difficiles, Jugement dépréciatif d'incompétence dans son rôle de mère relativement à des attentes et Doute fondamental douloureux de parvenir à être une bonne mère*. L'extrait suivant met en évidence une difficulté d'accepter certains ressentis et un doute de soi pour la mère :

Je me sentais dépassée par les événements et en même temps je me sentais coupable. Je me disais : « Je ne peux pas, je n'ai pas le droit de me sentir comme cela. Je devrais être heureuse, contente, tout va bien! », mais j'avais peur de ne pas être capable d'être à la hauteur de la tâche.

L'étude de Sockol, Epperson et Barber (2014) explore les croyances et attitudes maternelles, notamment en lien avec l'anxiété postnatale. Des croyances à risque à cet égard sont mises en évidence dans trois thématiques, soit la peur du jugement des autres, la responsabilité maternelle et l'idéalisation du rôle de mère. Dans l'extrait ci-haut, l'idéalisation du rôle de mère se retrouve dans le malaise exprimé par la mère d'éprouver des sentiments ambivalents envers son bébé. Selon les cliniciens Belot et al. (2016), de

nombreux écueils postnataux seraient issus de la difficulté de la mère à tolérer et accepter ses sentiments ambivalents à l'égard de sa maternité.

Tableau 4

Qualité de la relation entre la mère et les relevailles

Catégorie principale	Catégories secondaires	Catégories tertiaires	Catégories quaternaires
B. Qualité de la relation entre la mère et les relevailles	B.1. Trame narrative du lien ressenti par la mère avec son accompagnante	B.1.1. Vécu maternel en lien avec le début de l'accompagnement	
		B.1.2. Vécu maternel de l'essentiel du lien au cœur de l'accompagnement	B.1.2.1 Descriptif sensible des éléments d'un lien suffisamment bon avec l'accompagnante B.1.2.2. Relation symbolique puissante en termes de mère à mère avec l'accompagnante
		B.1.3 Vécu maternel relié à la fin d'un accompagnement nourricier	
		B.1.4. Épilogue du lien avec l'accompagnante après les relevailles	
	B.2. Écueils entre la mère et l'accompagnante tels que ressentis par la mère	B.2.1. Inconfort stressant pour la mère dans un contact discordant avec l'accompagnante	
		B.2.2. Éprouvé de contrainte à se conformer aux recommandations B.2.3. Indignation suscitée par des interventions de l'accompagnante	
	B.3. Rapport de la mère avec les relevailles comme organisation communautaire	B.3.1. Vécu de la mère en relation avec l'organisme offrant l'accompagnement B.3.2. Sens sociétal des relevailles dans un esprit de communauté entre mères	

La catégorie principale « Qualité de la relation entre la mère et les relevailles » se rapporte d'abord au lien entre la mère et l'accompagnante postnatale et, en second lieu, à son lien avec le contexte social d'où est issu le service (voir Tableau 4). Ainsi, elle aborde

le troisième sous-objectif de l'étude qui vise à décrire la dynamique relationnelle entre la mère et l'accompagnante ainsi que les incidences de cette relation pour la mère.

B.1.1. Vécu maternel en lien avec le début de l'accompagnement

Les entrevues avec les participantes mettent en lumière des aspects de leur expérience du commencement des relevailles, alors qu'émergent en elles des enjeux reliés aux premiers contacts avec l'accompagnante en contexte de demande d'aide. Les catégories ressorties sont : *Demande d'aide chargée d'attentes et de façons d'y répondre*, *Vécu de honte d'avouer son besoin d'aide dans son rôle de mère*, *Gêne initiale teintée d'une difficulté à clarifier ses besoins ou ses demandes*, *Étonnement ému de recevoir autant de bienveillance d'une inconnue* et *Crainte de la mère d'être désinvestie par ses enfants au profit de l'accompagnante*. Des participantes étayaient leur vécu à propos de leur image de soi reliée à leur besoin d'aide en début d'accompagnement :

Quand mon accompagnante est arrivée, j'étais vraiment contente et en même temps j'avais comme honte. Je me disais en moi-même : « C'est normal, tu as besoin d'aide », mais ce n'était facile. J'en ai parlé à d'autres qui ont reçu de l'aide et je me rendais compte que nous étions similaires. Cela m'a amenée à me sentir mieux.

J'avais de la misère à demander de l'aide. C'était aussi d'affirmer que j'avais une faiblesse. Le fait d'avoir le soutien d'une accompagnante postnatale, c'était de dire : « Je n'y arrive pas », d'avouer que je n'y arrivais pas.

Une ambivalence peut être vivement ressentie par la mère relativement à sa demande de soutien postnatal. La mère peut éprouver de la honte à cet égard (Negron et al., 2013) et craindre d'être perçue comme ayant de faibles habiletés parentales (Barnes, MacPherson, & Senior, 2006; Fahey & Shenassa, 2013), et ce, dans une période où

l'estime de soi tend à être fragilisée (Wilkins, 2006). En réponse aux extraits ci-haut, Coates et al. (2015) évoquent l'importance de poursuivre un travail de légitimation des besoins d'accompagnement postnatal sur le plan sociétal, au-delà de la question diagnostique.

B.1.2.1. Descriptif sensible des éléments d'un lien suffisamment bon avec l'accompagnante

Des éléments, ressortant des entrevues, peuvent contribuer, pour la mère, à un lien suffisamment bon avec son accompagnante. Ces catégories les mettent en évidence : *Confiance comme fondement pour s'en remettre avec vulnérabilité à l'accompagnante, Écoute réceptive bâtissant le lien entre l'accompagnante et la mère, Respect du processus appartenant à la mère avec son rythme et ses résistances, Attachement empreint d'affection façonné dans la traversée de moments difficiles, Partenariat permettant de prendre soin avec complicité du mieux-être de la mère et Accord harmonieux d'ingrédients en affinité et complémentarité.* Les extraits suivants témoignent des deux premières catégories :

J'avais confiance en mon accompagnante, alors je n'avais pas besoin d'aller voir si tout était correct quand mon bébé pleurait. J'avais confiance en elle et je savais qu'elle était capable de bien s'occuper de lui.

Mon accompagnante a su être attentive à ce que je vivais et m'apporter ce dont j'avais besoin au moment où j'en avais besoin. Elle était présente et prête à m'écouter. Pour moi, c'est très précieux.

Dans les extraits ci-haut, les participantes réfèrent à des aspects importants pour elles sur le plan du lien, dont l'écoute portée à leurs besoins et le sentiment de confiance

envers l'accompagnante. Mills et al. (2013) ont aussi mis en relief que le développement d'une bonne relation de confiance a été un facteur clé dans le succès du programme d'accompagnement à domicile de la mère concerné par leur étude. Ces observations rejoignent la reconnaissance, solidement documentée, de l'aspect fondamental de la qualité du lien dans la relation d'aide, que ce lien relève du soutien postnatal (Aston et al., 2015; Capponi & Horbach, 2007; Vennat et al., 2018) ou de la psychothérapie (Lamontagne, 2016; Lecomte, Savard, Drouin, & Guillon, 2010).

B.1.2.2. Relation symbolique puissante en termes de mère à mère avec l'accompagnante

La mère peut référer à une trame de vécu affectif et symbolique qui décrit son lien avec son accompagnante, et aussi dépasse ce lien spécifique en regard de la symbolique. Cette trame tend à s'insérer dans l'histoire relationnelle de la mère. Elle peut s'exprimer par des associations sensibles et une intensité émotionnelle. L'extrait suivant donne un exemple de la teneur et de l'importance que peut prendre le lien d'accompagnement :

On l'a vue sur le bord de la rue, on l'a tout de suite reconnue. C'est une connexion qui s'est faite instantanément. Mon accompagnante a été très marquante. Elle est attentionnée et dégage beaucoup d'amour. Le lien avec elle a été tellement fort... Elle était pour moi comme une deuxième maman, présente et source de réconfort. Dès le début, elle a su me montrer qu'elle allait tout faire pour que je me sente mieux en tant que mère. D'avoir autant d'attention d'une personne au départ inconnue, c'est fort, c'est très fort!

L'intensité du vécu émotionnel peut ressortir tôt dans l'accompagnement, tel qu'exprimé ci-haut. En effet, la participante s'est tout de suite sentie fortement interpellée par l'accompagnante. McLeish et Redshaw (2015) ont exploré le vécu maternel de

recevoir du soutien périnatal de la part de mères bénévoles (*peer support*). Les liens créés avec les mères bénévoles ont été décrits comme rappelant fortement une relation maternelle, sororale ou amicale (McLeish & Redshaw, 2015). Ce type de relation intime, de nature similaire à la relation observée dans la présente étude, offre à la mère une qualité de « prendre soin » de même nature que celui qu'elle donne à son bébé. Ainsi, cette correspondance étaye son devenir-mère nourricier (Bartell, 2004; Bydlowski, 2000).

B.1.3. Vécu maternel relié à la fin d'un accompagnement nourricier

La mère peut vivre différentes expériences reliées à la terminaison d'un accompagnement postnatal ressenti comme ayant été globalement bon pour elle. Les catégories suivantes en décrivent les expériences saillantes : *Gratitude profonde quant à l'aide sensible reçue en période de grands besoins, Panique d'avoir à se débrouiller sans l'aide salvatrice de l'accompagnante, Sentiment d'être capable de symboliquement lâcher la main de l'accompagnante et Sensibilité à la réaction de l'accompagnante envers la terminaison*. L'extrait suivant aborde un vécu relié à la terminaison :

Quitter mon accompagnante a été difficile émotionnellement. On paniquait un peu mon conjoint et moi. On se disait : « Comment on va se débrouiller sans elle? » Puis, j'ai réalisé que mon bébé avait grandi, qu'on avait pris nos marques comme parents, que ce n'était plus comme au début, que je me sentais capable. C'était une belle fin aussi. Elle nous a tellement aidés!

Dans l'étude de Mills et al. (2012), les perceptions d'intervenantes offrant un soutien à domicile à de jeunes mères ont été recueillies. Il est ressorti que la confiance de la mère à quitter le programme dépendait de la qualité de la connexion relationnelle établie entre elle et son intervenante (*connecting*) et de la présence des apprentissages signifiants

qu'elle avait réalisés durant l'accompagnement. L'extrait présenté ci-haut exprime d'ailleurs des sentiments liés à la perte, oscillant entre inquiétude et confiance, alors que cette dernière se fortifie en prenant appui sur l'aide reçue. Cet extrait rappelle la notion de portance. Cette notion réfère à la contenance de l'émotion et à l'élaboration de sens en lien avec l'anxiété de séparation, à travers un processus d'intégration de ce qui a été reçu de « bon » dans le rapport qui prend fin, lequel processus permet de gagner en autonomie en se portant un peu plus soi-même dans la situation concernée (Quinodoz, 1991).

B.1.4. Épilogue du lien avec l'accompagnante après les relevailles

Les entrevues permettent de relever comment la mère peut percevoir et vivre le lien postaccompagnement avec l'accompagnante. Deux catégories se profilent : *Rupture abrupte de la relation dans un arrêt de communication* et *Lien de bienveillance maintenu concrètement dans le temps*. L'extrait suivant aborde un enjeu qui peut être présent :

Quand mon accompagnante est partie, je me sentais un peu démunie, abandonnée, mais ce n'était pas de sa faute. Cela a été difficile de me dire : « Je continue toute seule. » J'aurais aimé qu'elle m'appelle un peu plus tard pour me demander comment je vais ou si j'ai des questions. Ce serait bien que, dans la première année de vie du bébé, les accompagnantes continuent de venir faire leur tour de temps en temps.

L'extrait ci-haut permet de nommer les vécus de perte et d'abandon qui peuvent être éveillés par la terminaison de l'accompagnement. La participante propose une fin graduelle qui semble exprimer un compromis et qui, selon les données ici recueillies, pourrait interpeler d'autres mères. Cette thématique rejoint le processus d'ambivalence et d'acceptation de la séparation abordé lors de fins de suivis thérapeutiques (Shaharabani

Saidon, Shafran, & Rafaeli, 2018). En continuité avec les éléments exposés dans la catégorie précédente, l'extrait ci-haut apparaît comme un élan chez la mère de vouloir garder un filet de sécurité auprès d'un environnement suffisamment porteur (Arènes, 2013; de Saint Aubert, 2016) et y faire grandir, à son rythme, sa capacité d'être seule et en confiance dans son nouveau rôle (Winnicott, 1958/2015).

B.2.1. Inconfort stressant pour la mère dans un contact discordant avec l'accompagnante

Le contenu des entrevues permet de mettre à jour que la mère peut vivre une difficulté ou une incapacité à ce que son accompagnante et elle se rejoignent sur le plan de la réponse à certains besoins ou sur le plan du lien relationnel entre elles durant les relevailles, comme décrit dans les catégories : *Manque d'arrimage ressenti entre les souhaits maternels et les interventions* et *Absence de connexion émotionnelle ressentie lors de partage de son vécu*. L'extrait suivant permet de nommer un écueil d'arrimage :

Pour certaines choses, je n'étais pas prête. Je sentais une pression de la part de mon accompagnante pour des décisions me concernant ainsi que mon bébé. Cela m'a amené du stress, parce que je me sentais bousculée. Je n'étais pas prête et lorsqu'elle revenait la semaine suivante, elle me demandait si j'avais fait ce qu'elle m'avait recommandé. J'étais en accord avec l'idée qu'elle me proposait, mais je n'étais pas prête.

Les études mettent en évidence le besoin de la mère d'être écoutée et validée dans son expérience postnatale (Hamelin-Brabant et al., 2013). Ainsi, les formes de soutien prescriptives ou normatives, tenant peu compte des particularités de son expérience, peuvent être ressenties peu accordées à ses besoins (Hogg & Worth, 2009) et miner son

estime de soi et son sentiment de compétence (Razurel, Bruchon-Schweitzer, Dupanloup, Irion, & Epiney, 2011). L'accompagnante peut, en effet, éprouver des difficultés à reconnaître et à répondre à des besoins ainsi qu'aux affects négatifs exprimés par la mère, ce qui tend à nuire à l'accordage affectif (Nitschelm, 2015; Rossignol, Puentes-Neuman, & Terradas, 2013; Stern, 1985/2003). En ce sens, l'inconfort stressant vécu dans le lien d'accompagnement s'apparente aussi à la notion de rupture d'alliance thérapeutique, et ce, dans le contexte où la restauration et la qualité de l'alliance sont des prédicteurs significatifs d'efficience en psychothérapie (Safran, Muran, & Eubanks-Carter, 2011).

B.3.2. Sens sociétal des relevailles dans un esprit de communauté entre mères

Il émane des entrevues une réflexion sur le rôle sociétal du service de relevailles, issue de l'expérience des participantes et de leur relation à ce sujet. Les catégories suivantes esquissent certaines réflexions : *Émergence de questionnement communautaire quant au soutien postnatal, Transmission sensible de l'expérience d'une mère qui donne à la suivante, Appartenance investie dans une entraide communautaire entre mères, Filet de sécurité pour la mère qui traverse une période de vulnérabilité, Expérience réparatrice d'un besoin non répondu de soutien relié à l'accouchement et Processus de formation continue impliquant l'humilité d'apprendre à être mère*. L'extrait suivant apporte une réflexion sur la transmission, le filet social et la culture à l'égard de la mère :

Mon accompagnante est une maman et une grand-maman qui est passée par là et a eu d'autres expériences en rencontrant les familles. Qui a cet élan de soulager, d'accompagner d'autres mères dans cette période où on est fragile. Dans l'accompagnement, on ne se sent plus seule. On sent une transmission et une entraide. C'est le geste de s'aider entre mamans. Lorsqu'on est aidé, et qu'ensuite on va mieux, on a envie d'aider nous aussi.

Cet extrait met en relief l'importance de la présence d'une femme qui, par son expérience personnelle de maternité ou son expérience mentorale, offre un modèle de parentage à la nouvelle mère. La femme mentore peut ainsi remplir une fonction protectrice relativement à cette transition (Darvill et al., 2010; Hamelin-Brabant et al., 2013; Koumouitzes-Douvia & Carr, 2006; Small et al., 2011; Vennat et al., 2018). Dans le même sens, Wardrop et Popadiuk (2013) mentionnent qu'il peut être fort aidant pour la nouvelle mère de se sentir reliée à une communauté de mères.

Tableau 5

Ingrédients aidants de l'accompagnement postnatal relevés par la mère

Catégorie principale	Catégories secondaires	Catégories tertiaires	Catégories quaternaires
C. Ingrédients aidants de l'accompagnement postnatal relevés par la mère	C.1. Façons d'être de l'accompagnante perçues comme apaisantes		
	C.2. Façons de faire de l'accompagnante perçues soutenantes	C.2.1. Contribution élargie à la vie familiale	C.2.1.1. Assistance réconfortante aux soins multiples du bébé C.2.1.2. Participation à l'organisation et la régulation de la vie familiale C.2.1.3. Coup de pouce quant au vécu relatif aux relations avec la famille C.2.1.4. Facilitation du rapport aux ressources externes pour la mère
		C.2.2. Contribution à un travail psychique réalisé par la mère	C.2.2.1. Assistance à la mère pour l'acceptation posée de son vécu C.2.2.2. Auxiliaire au développement de la capacité d'être un réceptacle avenant pour ses émotions et celles de son bébé C.2.2.3. Accompagnement à la reconnaissance de soi comme étant estimable C.2.2.4. Participation à la construction du sentiment de compétence de la mère C.2.2.5. Apport d'un éclairage supportant l'attitude réflexive de la mère

La catégorie principale « Ingrédients aidants de l'accompagnement postnatal relevés par la mère » regroupe différentes façons d'être et de faire, ressorties des entrevues comme pouvant être des sources importantes de soutien pour la mère. Ces sources de soutien sont ici présentées et discutées, en regard du vécu d'anxiété postnatale et d'un ensemble de besoins exprimés par la mère (voir Tableau 5). Cette section répond ainsi à la première partie du quatrième sous-objectif. Celui-ci vise à explorer la perception de la mère au sujet des attitudes de l'accompagnante et de la nature de ses interventions ayant une portée signifiante sur ses symptômes anxieux et sur d'autres dimensions de son vécu.

C.1. Façons d'être de l'accompagnante perçues comme apaisantes

Les entrevues font état de différentes dispositions intérieures qui peuvent être présentes chez l'accompagnante et qui peuvent également être source d'apaisement pour la mère en période postnatale, comme l'expriment les catégories : *Calme profond émanant en douceur de l'accompagnante*, *Sollicitude très attentive au vécu de la mère*, *Disposition à manifester une compréhension respectueuse*, *Disponibilité souple en regard des besoins de la mère* et *Optimisme joyeux tel un baume pour les tensions éprouvées*. L'extrait choisi reflète les deux premières catégories :

Le souvenir que j'en ai, c'est de la douceur. Mon accompagnante arrivait tout en douceur, elle était très apaisante. Elle était très à l'écoute de ce qu'on ressentait. Quand on ressortait d'un temps avec elle, on était vraiment dans son calme et son écoute. Elle était tellement calme qu'elle était apaisante.

Certains chercheurs ont observé des éléments propres au savoir-être, telles l'écoute active sans jugement, l'attention portée aux besoins de la mère et une attitude de sérénité,

qui apparaissent cruciaux pour le rétablissement de la détresse postnatale (Hamelin-Brabant et al., 2013; McLeish & Redshaw, 2015; Phillips & Pitt, 2011). L'attitude de flexibilité de l'accompagnante postnatale a également été identifiée par les participantes comme concourant à l'apaisement de leur anxiété, tel que soulevé par Roch et al. (2015) et McLeish et Redshaw (2015).

C.2.1.1. Assistance réconfortante aux soins multiples du bébé

Il ressort des propos des participantes que l'accompagnante peut appuyer la mère dans l'apprentissage des soins envers son bébé et dans la réponse aux différents besoins de celui-ci, tel que décrit dans les catégories : *Relais offert à la mère par l'accompagnante pour s'occuper du bébé* et *Renfort à l'apprentissage des soins développementaux du bébé*.

L'extrait suivant donne un exemple de renfort à l'apprentissage des soins au bébé :

De voir comment mon accompagnante faisait, comment elle prenait mon bébé ou lui parlait, cela me donnait des façons de faire. Par exemple, pour donner une bouteille, moi j'avais ma position avec mon bébé, mais elle, je l'ai vue la donner dans une autre position. « Ah c'est intéressant! », que je me suis dit. Je n'y avais pas pensé.

L'étude de Roch et al. (2015), qui explore l'impact des relevailles, relève que celles-ci permettent d'acquérir de nombreuses connaissances et compétences parentales à propos des soins multiples au bébé, tel qu'évoqué dans l'extrait ci-haut. Cette étude souligne également qu'un tel cadre semi-formel facilite les apprentissages et l'intégration de précieuses informations pratiques. De plus, par l'entremise des échanges avec l'accompagnante, la mère peut augmenter sa confiance relativement aux soins à donner à son bébé (Leahy-Warren, 2005; Leahy-Warren & McCarthy, 2011).

C.2.1.3. Coup de pouce pour la régulation émotionnelle reliée aux relations familiales

Les entrevues mettent en évidence que l'accompagnante peut apporter une aide occasionnelle pour la gestion du vécu postnatal découlant des relations familiales, qui peut être chargé de beaucoup d'affects et de perceptions différentes, comme en témoignent les catégories : *Écoute respectueuse des besoins de la mère relatifs à son entourage familial*, *Pare-étincelles régulant en regard de remarques issues de la famille* et *Création d'un espace dégagé des enjeux activés dans la famille*. Les extraits suivants donnent des exemples de l'apport de l'accompagnante en soutien aux relations avec la famille :

Tu sais, quand tu viens d'accoucher tu es tellement dans les émotions, tu es une boule d'émotions, tu passes les nuits debout, tu n'as pas envie de te sentir jugée négativement par ta famille. Mon accompagnante me disait : « Raconte-moi. » On en a parlé beaucoup. Elle m'a validée et fait comprendre que je vivais des chocs de valeurs avec mon milieu.

Il y a des choses dont on ne peut pas parler avec les grands-parents, car ils ont leurs propres émotions positives et négatives à gérer et leur propre difficulté à trouver leur place aussi. Il y a tellement de choses qui tournent dans leur tête que, des fois, ce n'est pas aidant. Certaines choses peuvent être abordées plus facilement avec une personne extérieure à la famille.

Capponi et Horbacz (2007) et Capponi (2013) ont trouvé que la mère compte principalement sur son réseau familial pour obtenir du support postnatal, bien que la famille serait paradoxalement perçue comme étant la source de soutien la plus nuisible au cours de cette période. Hamelin-Brabant et al. (2013) font en effet ressortir que les proches de la nouvelle mère ne fournissent pas nécessairement un soutien adéquat, de sorte que cet état des choses peut miner la confiance en elle-même de la mère et provoquer des tensions familiales. Tel que ressorti dans la présente étude, l'accompagnante peut apporter

une aide occasionnelle pour la gestion du vécu postnatal découlant des relations familiales en facilitant la qualité de l'interaction familiale, de laquelle dépend l'impact du soutien reçu sur ce plan (Capponi & Horbacz, 2007).

C.2.2.1. Assistance à la mère pour l'acceptation posée de son vécu

Les entrevues témoignent de l'aide que l'accompagnante peut donner à la mère pour identifier et reconnaître ses pensées, ses émotions et ses sensations, de telle sorte qu'une transformation des vécus plus difficiles puisse se faire vers un certain apaisement, comme illustré dans les catégories : *Écoute attentive enveloppante pour que la mère puisse déposer son vécu*, *Soutien à l'observation attentive portée avec soin sur le vécu présent*, *Accompagnement à reconnaître sans jugement de valeur ses pensées douloureuses* et *Validation du sentiment normal de la mère d'être dépassée*. Ces extraits abordent la reconnaissance de pensées pénibles et la normalisation de vécus exprimés :

J'avais des pensées qui restaient en dedans, et elles devenaient plus nocives ainsi. Faut avoir le courage de les exprimer avec des mots. C'était dur pour moi et mon accompagnante était une perle pour cela.

Elle me disait tout le temps : « Tu sais, à l'arrivée d'un nouveau bébé, il y a des choses que les familles vivent et qui se ressemblent, c'est normal, on peut se sentir de telle façon. »

La documentation scientifique fait consensus à propos de l'ampleur du besoin et de l'importance prépondérante du soutien émotionnel de la mère au cours de la période postnatale (Hamelin-Brabant et al., 2013; McComish & Visger, 2009; McLeish & Redshaw, 2015; Rimé, 2009). En effet, l'expression, l'écoute empathique des émotions, la normalisation et la validation de l'expérience vécue par la mère apparaissent comme

essentielles pour la régulation émotionnelle associée à la cette période (Hamelin-Brabant et al., 2013; Taggart et al., 2000). Roch et al. (2015) observent que le soutien émotionnel peut permettre à la mère d'apaiser ses inquiétudes et ses préoccupations, voire parfois prévenir un épisode dépressif.

C.2.2.2. Auxiliaire au développement de la capacité d'être un réceptacle avenant pour ses émotions et celles de son bébé

Il se dégage des entrevues que l'accompagnante peut jouer le rôle d'une présence contenante. Cette qualité de présence montre à la mère une façon d'être permettant de contenir et d'accompagner son émotion ou celle du bébé, ceci afin de faciliter la régulation émotionnelle du duo. Les catégories font ressortir deux aspects : *Modelage pour accompagner avec calme le bébé dans son émotion* et *Aide au développement de la capacité de s'apaiser en présence du bébé*. Cet extrait esquisse un exemple de développement de la capacité contenante :

Durant la période de mon accompagnement, quand mon bébé pleurait, je ne savais pas quoi faire. Je devenais soit fâchée soit paniquée, et mon bébé le ressentait. Quand mon accompagnante avait mon bébé dans ses bras et qu'il pleurait, elle lui parlait doucement et s'il continuait à pleurer, elle restait très calme. Cela m'a calmée de voir cela. De me dire : « Je n'aime pas cela, mais c'est correct qu'il pleure. »

Tel qu'illustré dans l'extrait précédent, la mère peut développer la capacité de contenir ses propres émotions qui ont été éveillées en réaction au bébé. Cette capacité de la mère, ainsi que celles de refléter l'émotion et le besoin de son bébé de façon symbolisée et d'adopter une posture solide de calme devant lui, permettent au bébé de recevoir une

contenance apaisante pour ses affects (Grienenberger et al., 2005). À l’opposé, une réaction émotionnelle de la mère – répétitivement dysrégulée envers son bébé – est sujette à entraîner diverses difficultés de représentation de soi et d’insécurité d’attachement chez l’enfant (Slade et al., 2005). Pour faire grandir cette précieuse habileté à contenir (*holding*) l’expérience de son bébé (Winnicott; 1966), la mère doit apprendre à accueillir en elle et symboliser les expériences affectives et sensibles vécues par son bébé, que celui-ci ne peut ni tolérer, ni contenir, ni penser tout seul étant donné son immaturité (Ciccone, 2012).

C.2.2.3. Accompagnement à la reconnaissance de soi comme étant estimable

Les participantes mettent en lumière que l’accompagnante peut soutenir la mère dans sa capacité de percevoir sa valeur dans son rôle parental et en tant qu’individu. Elle peut souligner les forces de la mère et ainsi favoriser la croissance des pousses de fierté qui émergent, tel qu’il ressort dans les catégories : *Considération sensible du besoin de se vivre comme une bonne mère*, *Reflet des ressources intérieures perçues par l’accompagnante*, *Valorisation de gestes constructifs posés par la mère envers son bébé*, *Aide au départage des perceptions de soi comme personne et mère* et *Perspective encourageante des aspects du quotidien qui vont bien*. Les extraits suivants dépeignent le soutien à l’estime de soi :

C'était l'approbation de mon accompagnante. Elle le savait que je me sentais moche en tant que mère et je pense qu'elle s'est dit : « Il ne faut pas que je lâche ce morceau-là. » Elle avait sa façon de me valoriser dans mon rôle de mère, de porter attention aux choses qu'elle voyait que je faisais et qu'elle trouvait bonnes. Comment elle normalisait aussi ce que je pouvais vivre. Elle avait sa façon de me refléter alors que je m'inquiétais, que j'avais à cœur mon enfant et que je me souciais de lui.

Mon accompagnante a fait ressortir mes qualités, alors que je ne les voyais pas. Elle m'a fait voir que je pouvais être une personne et une maman en même temps, et pas juste une maman, comme que je finissais par me voir.

Bien qu'il puisse être délicat sur le plan de l'estime de soi de la mère d'un nouveau-né de devoir recourir à de l'aide (Wilkins, 2006), les extraits ci-haut reflètent l'importance manifeste pour les participantes de recevoir un soutien à l'estime de soi au cours de leur accompagnement postnatal.

C.2.2.5. Apport d'un éclairage supportant l'attitude réflexive de la mère

Il se dessine des entrevues que l'accompagnante peut apporter à la mère des informations lui permettant d'éclairer certains choix reliés directement ou indirectement à son bébé et soutenir l'espace de réflexion de la mère sur elle-même, comme l'explicitent les catégories : *Reflets portant à réfléchir issus des observations de l'accompagnante*, *Aide précieuse à la clarification des besoins au fil de l'accompagnement* et *Apport riche d'informations ou pistes de solutions dans le respect du libre arbitre*. L'extrait suivant décrit cet apport sur le plan de la conscience réflexive :

Soit que je racontais à mon accompagnante comment une situation s'était passée soit qu'elle en était témoin. Par exemple, elle m'expliquait un peu comment elle voyait les réactions de mon aîné en rapport avec la présence de mon bébé. Comme mère on est beaucoup dans les besoins de base comme nourrir, laver, dormir et dans l'action-réaction. Elle me permettait de m'arrêter et de prendre un recul.

Cet extrait illustre à quel point la quotidienneté dans la période postnatale peut entraver l'espace réflexif de la mère auquel elle aurait plus facilement accès dans un autre contexte. Cet accès à une appropriation subjective peut être facilité par l'accompagnante,

tel qu'il en ressort des entrevues. En effet, les études en psychothérapie indiquent que la possibilité de s'offrir un espace réflexif en tant que parent, pour soi-même et envers sa famille, est importante pour l'identification des émotions, pensées, désirs et intentions à l'origine des comportements (Achim & Terradas, 2015; Rossignol et al., 2013; Slade et al., 2005). La mère peut ainsi explorer différentes interprétations nuancées des comportements, par exemple, ceux de son aîné face au bébé, pour faciliter la résolution des problématiques entraînées par la nouvelle naissance et permettre à la famille d'évoluer dans un climat d'accordage affectif (Rossignol et al., 2013).

Tableau 6

Retombées bénéfiques de l'accompagnement postnatal reçu par la mère

Catégorie principale	Catégories secondaires	Catégories tertiaires
D. Retombées bénéfiques de l'accompagnement postnatal reçu par la mère	D.1. Répit ponctuel reçu en regard de la charge de son rôle de mère	
	D.2. Terreaux de maturation intérieure pour la mère	D.2.1. Expérience sécurisante de pouvoir compter sur une présence assidue D.2.2. Régulation émotionnelle éprouvée lors d'un accueil bienveillant D.2.3. Reconnaissance aimante de soi durant l'accompagnement D.2.4. Renforcement personnalisé de son assurance en tant que mère D.2.5. Réflexivité dégagée lors de moments contemplatifs de questionnements D.2.6. Cheminement de la mère à propos de son vécu d'anxiété postnatale D.2.7. Disponibilité à soi et aux autres émergée de l'accompagnement

La catégorie principale ici exposée, « Retombées bénéfiques de l'accompagnement postnatal reçu par la mère », élabore des impacts de l'accompagnement postnatal qui se

rapportent au ressenti de délivrance immédiate d'une certaine charge, ainsi qu'au cheminement de la mère en lien avec son rôle parental (voir Tableau 6). Elle apporte un éclairage sur la deuxième partie du quatrième et dernier sous-objectif de l'étude. Celui-ci vise l'exploration de la perception de la mère au sujet de la portée de l'accompagnement postnatal sur ses symptômes anxieux et sur d'autres dimensions de son vécu.

D.1. Répit ponctuel reçu en regard de la charge de son rôle de mère

Il émane des entrevues une certaine délivrance découlant du moment réservé pour soutenir les participantes dans leur rôle de mère et leurs besoins de base. Les participantes font ressortir que la mère peut déléguer à l'accompagnante, avec détente, certains aspects de sa responsabilité parentale au regard de son bébé, de ses autres enfants ou de ses tâches quotidiennes, comme le décrivent les catégories : *Allègement momentané de la surcharge reliée aux tâches concrètes de son rôle* et *Relais salutaire pour la mère prenant un moment pour ses besoins de base*. L'extrait suivant illustre les deux catégories :

J'avais eu une grosse semaine avec peu d'heures de sommeil. Quand mon accompagnante est arrivée, je n'avais pas eu le temps de faire mon lavage, ma vaisselle, de m'occuper d'habiller mon cadet. J'étais assez irritable. Je voulais courir partout, j'étais énervée. À son arrivée, elle m'a proposé d'aller me reposer. J'étais extrêmement fatiguée et je suis allée me recoucher. Quand je me suis relevée : plus de vaisselle, plus de linge à plier, mes enfants s'étaient amusés. Elle avait tout pris en charge. C'était énorme pour moi avec mon manque de sommeil. On a envie de tout faire, mais on n'est pas capable. Cela m'avait enlevé un poids et énormément de stress. J'étais apaisée, soulagée, remplie de joie!

L'extrait ci-haut fait écho à des observations relatées par plusieurs chercheurs. En effet, Hamelin-Brabant et al (2013), Martin (2017) et Roch et al. (2015) font ressortir que

la nouvelle mère, submergée par l'ampleur et le poids des charges et responsabilités qui lui incombent dans son rôle parental, peut souffrir du manque de répit. De plus, Hamelin-Brabant et al. (2013) mettent l'accent sur l'état épuisant de constante vigilance demandée à la mère. D'ailleurs, Roch et al. (2015) ont observé que les demandes de relevailles, relatives à la thématique de la vulnérabilité psychologique associée à cette période, sont issues principalement des besoins de répit et de soutien émotionnel.

D.2.1. Expérience sécurisante de pouvoir compter sur une présence assidue

Les entrevues révèlent que la mère peut faire l'expérience d'un sentiment de confiance relationnelle relié au vécu de pouvoir se reposer sur la présence régulière et fidèle de l'accompagnante, comme en témoignent les catégories : *Possibilité rassurante de se référer à l'expérience disponible de l'accompagnante*, *Vécu d'une constance fiable de l'accompagnante présente chaque semaine* et *Contact émotif avec le besoin des autres inhérent à la condition humaine*. L'extrait suivant exprime cette expérience :

Mon accompagnante me faisait ressentir : « Je suis là, j'ai de l'expérience dans la période que tu traverses et je vais t'aider. » Des fois c'était juste d'avoir une présence. Ne pas être toute seule. Cela me rassurait d'avoir mon accompagnante là avec moi et mon bébé. C'est aussi une présence physique dont j'avais besoin. Je n'étais pas toute seule. Je savais que, de semaine en semaine, mon accompagnante allait être là, c'est sûr.

L'extrait ci-haut met en lumière que la présence d'une personne qui détient une certaine expérience et qui se montre disponible et fiable, peut être un apaisement pour les angoisses de la mère. Similairement, Hamelin-Brabant et al. (2013) soulignent que la mère d'un nouveau-né cherche à apprendre de personnes au fait d'informations à jour, en

lesquelles elle a confiance et qui se montrent faciles d'accès et fiables. Le besoin de réconfort de la mère, favorisé par une présence bienveillante auprès d'elle et de son bébé, telle une « couverture protectrice », est aussi ressorti de l'étude de Capponi et Horbacz (2007) concernant le soutien postnatal offert par les proches.

D.2.3. Reconnaissance aimante de soi durant l'accompagnement

Les entrevues mettent en lumière des moments durant lesquels la mère peut s'accorder une attention chaleureuse envers elle-même ou une reconnaissance en tant que personne digne de recevoir une qualité d'attention, aidée en cela par l'accompagnante, tel que décrit dans les catégories : *Processus d'ouverture pour une connaissance et acceptation tendre de soi*, *Intégration d'une vision de soi digne de recevoir de l'aide*, *Élan enthousiaste d'être vue dans ses acquis en tant que mère* et *Satisfaction valorisante d'avoir accompli un travail sur elle-même*. Ces extraits en témoignent tout en sensibilité :

Avec mon accompagnement, plus j'apprenais à parler de mon histoire et de mon vécu, plus je me suis découverte. J'ai appris à mieux me connaître et j'ai fini par apaiser un peu mes craintes. J'ai appris à m'ouvrir davantage au lieu de me fermer, à me laisser aussi davantage la liberté d'être qui je suis. Toutes ces choses sont difficiles en situation d'anxiété et de stress.

Ce qui se passait c'est que je donnais tout à mes enfants. J'avais des frustrations de voir que mon conjoint prenait du temps pour lui, alors que de mon côté, je me privais tout le temps. Dans les dernières semaines, j'ai recommencé à prendre du temps pour moi. Je revis! L'autre jour, je pleurais de voir ce que j'avais réussi à faire à nouveau pour moi.

En lien avec l'apprentissage d'une bienveillance envers soi et tel qu'illustré dans le dernier extrait, Bartell (2004) et Wardrop et Popadiuk (2013) observent que la mère tend à prioriser les besoins du bébé au détriment des siens. Ce déséquilibre a un effet

pernicieux, puisqu'en se négligeant elle-même, la mère risque de réduire la qualité des soins donnés à son bébé (Bartell, 2004). Il y a donc souvent nécessité qu'elle apprenne comment prendre soin d'elle-même dans son nouveau contexte de vie (Wardrop & Popadiuk, 2013), une attitude qui peut être développée auprès d'une accompagnante périnatale (Bartell, 2004). En effet, l'apprentissage au prendre soin de soi, physiquement et émotionnellement, peut soutenir l'estime de soi de la mère et réduire la frustration parentale ainsi que les symptômes dépressifs et anxieux (Bartell, 2004). Le dernier extrait évoque également un conflit intérieur de la mère au sujet de s'accorder du temps pour elle, ce qui rappelle l'importance de reconnaître l'ambivalence inhérente au processus d'apprentissage au prendre soin de soi, qui peut toucher par exemple à différents désirs, peurs, vulnérabilités et besoins de la mère. L'ambivalence ici présentée rejoint la notion de résistance en psychothérapie, qui par sa raison d'être enracinée dans le vécu de la personne, requiert un accueil compréhensif (Arkowitz, 2002).

D.2.4. Renforcement personnalisé de son assurance en tant que mère

Les entrevues mettent en relief que la mère peut développer ou retrouver des attitudes reliées à l'affirmation d'elle-même dans son rôle de mère au cours des relevailles, tel que décrit dans les catégories : *Travail d'appropriation affirmative de la couleur individuelle de son identité de mère* et *Accroissement de compétences sur lesquelles s'appuyer comme mère*. Cet extrait rapporte cette attitude développée :

On a une approche avec nos enfants qui est différente de celle du milieu d'où je viens. En repensant aux conversations que j'ai eues avec mon accompagnante, je suis capable de me valider moi-même. Ce qu'elle m'a

dit m'est resté d'une certaine manière et je me sens moins vulnérable. Je suis restée avec une plus grande assurance dans mon rôle de mère.

Les propos exprimés ci-haut dénotent l'acquisition, au cours des relevailles, de la capacité de la mère à se valider elle-même dans sa propre façon d'être mère. À ce propos, Roch et al. (2015) observent l'importance de refléter les compétences perçues de la mère, permettant à celle-ci de mieux définir son style parental, en cette période associée à des transformations identitaires (Darvill et al., 2010; Revault D'Allonnes, 1994; Stern, 1997).

D.2.6. Cheminement de la mère à propos de son vécu d'anxiété postnatale

Il ressort des propos des participantes certains aspects pouvant se moduler dans l'intériorité de la mère, quant à la gestion de son anxiété postnatale durant ses relevailles, tel qu'émergé dans les catégories : *Bourgeons d'ouverture à faire confiance dans l'inconfort poignant de l'incertitude, Intériorisation d'une certaine capacité à dédramatiser la crainte du pire, Apprentissage à recentrer son attention sur son présent en état d'anxiété, Assouplissement de ses façons de faire dans une priorisation des besoins, Apprivoisement à la mise en mots de ses craintes avec bienveillance et Autogestion via l'investissement d'activités lui apportant un mieux-être*. L'extrait suivant exprime ce vécu relié à l'apprivoisement de l'incertitude dans le rôle de mère :

Je suis capable maintenant. Je sais que je suis capable. Ce n'est pas facile, et à tous les jours j'apprends de nouvelles choses ou j'accepte des nouvelles choses. J'ai appris, je pense, à accepter de pas être parfaite, accepter que mon quotidien avec mon bébé soit constamment en changement, et accepter que je ne sache pas toujours comment faire avec mon bébé. Pour l'instant, j'ai une routine qui va bien, mais elle va changer. C'est cela la vie, alors je l'accepte. Cela ne veut pas dire que je n'aurai pas de stress. Je sais

que je vais en avoir et je prends les moyens pour m'aider à vivre avec ce stress-là, cette anxiété-là.

L'extrait ci-haut va dans le même sens que les résultats de l'étude de Vennat et al. (2018), lesquels relèvent que les symptômes anxieux de la mère peuvent diminuer lorsque celle-ci a reçu du soutien familial postnatal, tel que mesuré trois mois après la naissance. Ils observent également que les symptômes anxieux de la mère n'ayant pas reçu de soutien familial, tendent à persister plus longtemps, tel que constaté six mois après la naissance. Leur hypothèse à ce sujet est que la mère ayant reçu du soutien postnatal, réussirait plus rapidement à dépasser l'état de crise d'adaptation, courante durant cette période.

D.2.8. Disponibilité à soi et aux autres émergée de l'accompagnement

Une dernière catégorie issue des entrevues concerne l'émergence possible d'un espace de disponibilité intérieure apaisé pour la mère. Cette disponibilité peut plus facilement survenir lorsqu'elle se sent dégagée d'un état de survie et qu'elle est moins envahie émotionnellement ou concrètement. Les catégories associées sont : *Disposition plus sereine pour s'occuper de son lien avec ses enfants*, *État d'ouverture pour s'intéresser à la façon dont les enfants vivent l'arrivée du bébé*, *Accès fluide à un espace de jeu avec les enfants à même la routine postnatale*, *Reconnaissance émue de la naissance d'un lien de complicité entre les enfants* et *Création ou élargissement d'un état de bien-être avec soi comme mère*. L'extrait suivant décrit comment peut se manifester cette disponibilité :

Je me suis sentie moins envahie par certaines situations et davantage disponible pour mon aîné, pour m'intéresser au lien naissant entre mes enfants et pour voir comment ils peuvent avoir chacun leur maman

disponible. Je peux me concentrer sur des choses qui me sont essentielles, mais ténues, qui me tiennent à cœur et qui ont un impact encore aujourd'hui.

Ce dernier extrait met en évidence l'état de disponibilité développé par la participante au cours de l'accompagnement. Il apparaît ici pertinent de mentionner l'étude de Roch et al. (2014, 2015). Celle-ci rapporte que l'aide postnatale offerte dans le cadre des relevailles au Québec s'adapte aux besoins de chaque mère afin de promouvoir la santé et le développement, autant d'elle-même que de sa famille. D'ailleurs, la présente étude expose ci-haut les retombées de l'accompagnement postnatal en termes de maturation potentielle, dont la capacité de la mère à jouer avec ses enfants et à porter attention aux liens relationnels dans la famille nouvellement constituée.

Forces de l'étude

Une des forces de la présente étude concerne l'originalité de sa thématique qui se centre sur les domaines de l'accompagnement postnatal et de l'anxiété de la mère associée à cette période, avec une sensibilité relevant de la psychologie clinique et d'une réflexion sociale. De plus, l'analyse des données, l'organisation des résultats dans la grille des catégories, ainsi que la présentation et la discussion des résultats reflètent avec clarté et finesse les thèmes émergeant des entrevues, en lien avec les objectifs de recherche. Une autre force de cette étude repose sur la richesse et la variété des témoignages recueillis. Également, le processus de codification des données lors de l'analyse a été validé par un processus d'accord inter-juges qui a confirmé un ratio élevé de correspondance.

Limites de l'étude

L'analyse qualitative inductive structurant la présente recherche repose sur la subjectivité de la personne qui réalise la codification. Celle-ci analyse et interprète les données recueillies à partir de sa perspective, ce qui introduit la possibilité d'un certain biais (Blais & Martineau, 2006). De plus, la nature qualitative exploratoire du devis et la petite taille de l'échantillon ne permettent pas de généraliser les observations faites, lesquelles peuvent cependant être utilisées à titre indicatif. Également, la passation rétrospective des questionnaires de symptômes anxieux pour la période précédant l'accompagnement ainsi que leur analyse purement descriptive, peuvent restreindre la portée des résultats qui y sont associés. Bien que l'étude ait visé à ce que les participantes témoignent de leur vécu d'anxiété et que la cueillette des données ait été orientée pour explorer spécifiquement cet aspect, des symptômes dépressifs teintent néanmoins certains résultats. Une autre limite est due au fait que le parent demandeur de service d'accompagnement postnatal au Québec est presque exclusivement la mère (98,3 % : Roch et al., 2015). Le choix de l'objet de recherche s'est donc porté sur la mère, ce qui peut restreindre la généralisation des observations aux deux parents.

Retombées de l'étude

La présente étude a des retombées sur les plans de la recherche et de la clinique, de par sa contribution à l'avancement des connaissances relatives à l'expérience d'accompagnement postnatal de la mère en lien avec son vécu anxieux. Une des principales retombées est la mise en relief de façons d'être et de faire de l'accompagnante,

propices à répondre aux besoins de la mère anxieuse. Ainsi, les participantes ont fait ressortir un apaisement de leurs symptômes anxieux, qu'elles ont associé aux attitudes de l'accompagnante empreintes de calme profond, de sollicitude très attentive à leur vécu et de disponibilité souple en regard de leurs besoins. De plus, elles ont relevé de nombreuses façons de faire de l'accompagnante propices à répondre de façon ajustée à leur détresse anxieuse. À titre d'exemples, l'accompagnante peut offrir à la mère une qualité d'écoute favorisant la mise en mots bienveillante de ses craintes et peut mettre l'emphase sur ses capacités. Elle peut également aider la mère à accroître son habileté d'autoapaisement en présence de son bébé, tout en maintenant son lien avec lui. Une autre retombée de l'étude consiste en l'exploration du lien d'accompagnement perçu par la mère. Essentiellement, les dires des participantes renvoient à l'importance de la présence de l'autre qui accompagne et avec qui elles peuvent développer un lien de confiance, en tant que terreau favorable à la diminution de leur détresse anxieuse. Cette diminution peut s'exprimer, par exemple, par une ouverture de la mère à se faire confiance malgré l'inconfort de l'incertitude, par un assouplissement de ses façons de faire selon une priorisation des besoins, par sa capacité à réinvestir des activités lui apportant un mieux-être et par sa disponibilité accrue à soi et aux autres.

Il est à noter qu'une récente étude réalisée par Roch et al. (2015) à propos des retombées des services de relevailles au Québec présente des similarités importantes avec la présente étude sur les plans du sujet de recherche et de la méthodologie utilisée. Conséquemment, il appert pertinent de faire ressortir que les retombées de ces deux études

sont distinctives, ceci découlant notamment des objectifs de ces recherches et du traitement des thématiques. Par exemple, alors que la vulnérabilité maternelle décrite par Roch et al. (2015) est générale, celle de la présente étude est surtout ciblée sur l'anxiété. En effet, la présente étude porte une attention soutenue à l'exploration de la détresse anxieuse et de l'apaisement de celle-ci en contexte d'accompagnement postnatal. Par ailleurs, elle s'avère pionnière, au confluent des récentes recherches qui abordent l'impact des relevailles, l'effet de la présence et du manque de soutien et le contenu spécifique de l'anxiété postnatale de la mère.

Pistes d'investigations futures

Étant donné que peu d'études ont été effectuées sur les interventions à préconiser en contexte de détresse anxieuse postnatale vécue par les mères et les pères (Christian & Storch, 2009; Favre, 2014; Field, 2018), il serait intéressant de poursuivre la recherche en ce sens, autant dans le domaine de l'accompagnement postnatal de type relevailles que dans celui de la psychothérapie. Pour ce faire, il pourrait aussi être pertinent de documenter différentes interventions prodiguées selon les symptomatologies anxieuses ou comorbides anxieuses-dépressives. En ce sens, il pourrait être utile de poursuivre des études au sujet de la validation d'outils de mesure mieux adaptés à l'anxiété spécifique à la période postnatale, et ce, pour la mère et le père. De plus, ces outils pourraient être utilisés sur le plan de la prévention en amont, afin de dépister et référer les parents vers des ressources de soutien.

Conclusion

L'objet de la présente étude était d'explorer, de décrire et de comprendre en profondeur l'expérience de la mère ayant reçu un accompagnement postnatal en contexte d'anxiété. À cet effet, des entrevues semi-structurées ont été réalisées auprès de six mères ayant reçu un service de relevailles auprès d'organismes communautaires. Une grille de catégorisation, découlant des données recueillies dans les entrevues, a été réalisée selon la méthode d'analyse qualitative inductive générale. Aussi, des questionnaires ont été complétés par les mères et analysés de façon descriptive, de façon à brosser des portraits sommaires des symptômes anxieux.

Les résultats obtenus comportent plusieurs éléments novateurs. Premièrement, cette étude explore, pour la première fois, le vécu et les manifestations d'anxiété de la mère durant un accompagnement postnatal de type relevailles. Deuxièmement, ils étayent en profondeur la dynamique relationnelle entre la mère et l'accompagnante dans laquelle peut s'établir un lien de confiance. Ce lien peut alors devenir le terreau favorable à une diminution de la détresse anxieuse de la mère. Troisièmement, ils documentent des interventions de soutien qui peuvent être indiquées en contexte d'anxiété postnatale. Quatrièmement, ils exposent des éléments du cheminement de la mère à propos de son anxiété postnatale. Finalement, l'apport de l'accompagnante quant au soutien à l'attitude réflexive de la mère est relevé pour la première fois en contexte de relevailles. Ce recul réflexif peut permettre à la mère, par exemple, d'identifier des états intérieurs reliés à certaines dynamiques familiales et y répondre d'une manière faisant sens pour elle.

À la lumière de l'ensemble des résultats ainsi que des forces et limites de l'étude, des pistes de recherches futures ont été suggérées et des constats sont émis. Ainsi, pour cet échantillon de mères, l'accompagnement postnatal semble globalement avoir un effet d'apaisement sur l'anxiété maternelle. De plus, plusieurs façons d'être et de faire de l'accompagnante, décrites dans la section résultats et discussion, semblent bien s'arrimer aux besoins exprimés et fournir en ce sens des indications précieuses pour l'accompagnement postnatal des mères anxieuses. Enfin, il ressort que les relevailles peuvent combler certaines failles relatives à la fragilité des liens sociaux et au manque de soutien dans ce contexte. L'ensemble de ces constats permet de valider, en regard de l'échantillon concerné, l'apport significatif des services de relevailles pour la mère vivant de l'anxiété postnatale.

Finalement, le présent mémoire doctoral pourrait sensibiliser toute personne concernée par l'anxiété postnatale quant aux besoins de soutien durant cette période. Il pourrait également contribuer à outiller certains organismes communautaires en périnatalité ainsi que des accompagnantes postnatales et des psychothérapeutes, lesquels pourraient prendre appui sur ce document pour entamer ou poursuivre un processus de réflexion sur leurs pratiques auprès des mères anxieuses ou développer des interventions ciblées sur l'anxiété postnatale.

Références

- Achim, J., & Terradas, M. (2015). Le travail clinique en contexte pédopsychiatrique: l'apport de la mentalisation à la pratique d'aujourd'hui. *Filigrane: Écoutes psychanalytiques*, 24(2), 79-92.
- Affonso, D. D., Liu-Chiang, C. Y., & Mayberry, L. J. (1999). Worry: Conceptual dimensions and relevance to childbearing women. *Health Care for Women International*, 20(3), 227-236.
- Alternative Naissance. (2019). Relevailles – soutien postnatal à domicile. Repéré à <http://alternative-naissance.ca/fr/relevailles---soutien-postnatal-a-domicile-par-alternative-naissance.php>
- American Psychiatric Association. (2015). DSM-5 : *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd.) (version internationale) (Washington, DC, 2013). Traduction française par M.-A. Crocq et al., Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier Masson.
- Arènes, J. (2013). Penser l'éthique de la famille et l'éthique du lien dans le contexte d'une culture moins soutenance. *Dialogue*, 199(1), 107-117. doi: 10.3917/dia.199.0107
- Arkowitz, H. (2002). Toward an integrative perspective on resistance to change. *Journal of clinical psychology*, 58(2), 219-227.
- Association québécoise des accompagnantes à la naissance. (2019). Accompagner, changer le monde une naissance à la fois. Repéré à <https://aqan-qad.com/>
- Aston, M., Price, S., Etowa, J., Vukic, A., Young, L., Hart, C., ... Randel, P. (2015). The power of relationships: Exploring how public health nurses support mothers and families during postpartum home visits. *Journal of Family Nursing*, 21(1), 11-34. doi: 10.1177/1074840714561524
- Barnes, J., MacPherson, K., & Senior, R. (2006). Factors influencing the acceptance of volunteer home-visiting support offered to families with new babies. *Child & Family Social Work*, 11(2), 107-117. doi:10.1111/j.1365-2206.2006.00401.x
- Barnes, M., Pratt, J., Finlayson, K., Courtney, M., Pitt, B., & Knight, C. (2008). Learning about baby: What new mothers would like to know. *The Journal of Perinatal Education*, 17(3), 33-41. doi: 10.1624/105812408X329584
- Bartell, S. S. (2004). Self-Nurturance as a Crucial Element in Mothering. *International Journal of Childbirth Education*, 19(4), 8-11.

- Bayrampour, H., Ali, E., McNeil, D. A., Benzies, K., MacQueen, G., & Tough, S. (2016). Pregnancy-related anxiety: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 55, 115-130. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.10.023
- Bell, A. F., Carter, C. S., Davis, J. M., Golding, J., Adejumo, O., Pyra, M., ... Rubin, L. H. (2016). Childbirth and symptoms of postpartum depression and anxiety: A prospective birth cohort study. *Archives of women's mental health*, 19(2), 219-227.
- Belot, R. A., Maïdi, H., Givron, S., & Arcangeli, E. (2016). Dépression maternelle et processus de co-identification mère-bébé. L'archaïque en soi dans la rencontre primordiale. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 174(9), 748-756. doi: 10.1016/j.amp.2016.04.011
- Belot, R. A., Vennat, D., Moissenet, A., Bluon-Vannier, A., Herse, V., de Montigny, F., ... Mellier, D. (2013). Accès à la parentalité et isolement familial. La nouvelle solitude des parents. *Dialogue*, 199(1), 7-18. doi: 10.3917/dia.199.0007
- Bener, A., Gerber, L. M., & Sheikh, J. (2012). Prevalence of psychiatric disorders and associated risk factors in women during their postpartum period: A major public health problem and global comparison. *International Journal of Women's Health*, 4, 191-200. doi: 10.2147/IJWH.S29380
- Blais, M., & Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1-18.
- Bollen, A. (2015). Supporting women in the transition to motherhood: A research overview. *Perspective*, 26, 16-20.
- Börjesson, B., Paperin, C., & Lindell, M. (2004). Maternal support during the first year of infancy. *Journal of Advanced Nursing*, 45(6), 588-594. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02950.x
- Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T., & DePree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 21(1), 9-16. doi: 10.1016/0005-7967(83)90121-3
- Brissette, I., Cohen, S., & Seeman, T. E. (2000). Measuring social integration and social networks. Dans S. Cohen, L. G. Underwood, & B. H. Gottlieb (Éds.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists* (pp. 53-85). New York, NY: Oxford University Press.
- Britton, J. R. (2008). Maternal anxiety: Course and antecedents during the early postpartum period. *Depression and Anxiety*, 25(9), 793-800. doi: 10.1002/da.20325

- Brunton, G., Wiggins, M., & Oakley, A. (2011). *Becoming a mother: A research synthesis of women's views on the experience of first time motherhood*. London, Angleterre: EPPI Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London.
- Bydlowski, M. (2000). *Je rêve un enfant : l'expérience intérieure de la maternité*. Paris, France: Odile Jacob.
- Capponi, I. (2013). Perception parentale du soutien social postnatal. *Dialogue*, 199(1), 43-58. doi: 10.3917/dia.199.0043
- Capponi, I. (2015). L'anxiété paternelle et maternelle postnatale et ses liens avec les dimensions relationnelles. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 63(1), 9-16. doi: 10.1016/j.neurenf.2014.09.004
- Capponi, I., & Horbacz, C. (2007). « Femmes en transition vers la maternité : sur qui comptent-elles? ». *Dialogue*, 175(1), 115-127. doi: 10.3917/dia.175.0115
- Capponi, I., & Horbacz, C. (2008). Le « devenir mère » : anxiété et temporalité de l'accompagnement. *Pratiques psychologiques*, 14, 389-404. doi: 10.1016/j.prps.2008.05.001
- Capponi, I., Bacro, F., & Boudoukha, A. H. (2013). Effets différentiels des types de soutien social sur l'anxiété maternelle périnatale. *Bulletin de psychologie*, 525(3), 209-224. doi: 10.3917/bupsy.525.0209
- Caron, J., & Guay, S. (2005). Soutien social et santé mentale: concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens. *Santé mentale au Québec*, 30(2), 15-41. doi: 10.7202/012137ar
- Choi, P., Henshaw, C., Baker, S., & Tree, J. (2005). Supermum, superwife, supereverything: Performing femininity in the transition to motherhood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 23(2), 167-180. doi: 10.1080/02646830500129487
- Christian, L. M., & Storch, E. A. (2009). Cognitive behavioral treatment of postpartum onset: Obsessive compulsive disorder with aggressive obsessions. *Clinical Case Studies*, 8(1), 72-83. doi: 10.1177/1534650108326974
- Ciccone, A. (2012). Contenance, enveloppe psychique et parentalité interne soignante. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 2(2), 397-433.

- Coates, R., Ayers, S., & de Visser, R. (2014). Women's experiences of postnatal distress: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 359. doi: 10.1186/1471-2393-14-359
- Coates, R., de Visser, R., & Ayers, S. (2015). Not identifying with postnatal depression: A qualitative study of women's postnatal symptoms of distress and need for support. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 36(3), 114-121. doi: 10.3109/0167482X.2015.1059418
- Cohen, S., Gottlieb, B. H., & Underwood, L. G. (2000). Social relationships and health. Dans S. Cohen, L. G. Underwood, & B. H. Gottlieb (Éds), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists* (pp. 3-27). New York, NY: Oxford University Press.
- Cooklin, A. R., Giallo, R., D'Esposito, F., Crawford, S., & Nicholson, J. M. (2013). Postpartum maternal separation anxiety, overprotective parenting, and children's social-emotional well-being: Longitudinal evidence from an Australian cohort. *Journal of Family Psychology*, 27(4), 618-628. doi:10.1037/a0033332
- Cronin, C. (2003). First-time mothers—identifying their needs, perceptions and experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 12(2), 260-267. doi: 10.1046/j.1365-2702.2003.00684.x
- Cronin-Fisher, V., & Parcell, E. S. (2019). Making sense of dissatisfaction during the transition to motherhood through relational dialectics theory. *Journal of Family Communication*, 19(2), 157-170. doi: 10.1080/15267431.2019.1590364
- Darvill, R., Skirton, H., & Farrand, P. (2010). Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: A qualitative study of the transition. *Midwifery*, 26(3), 357-366. doi: 10.1016/j.midw.2008.07.006
- Deave, T., Heron, J., Evans, J., & Emond, A. (2008). The impact of maternal depression in pregnancy on early child development. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 115(8), 1043-1051. doi: 10.1111/j.1471-0528.2008.01752.x
- Dennis, C. L., Falah-Hassani, K., Brown, H. K., & Vigod, S. N. (2016). Identifying women at risk for postpartum anxiety: A prospective population-based study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134(6), 485-493. doi: 10.1111/acps.12648
- De Saint Aubert, E. (2016). Introduction à la notion de portance. *Archives de philosophie*, 79(2), 317-343. doi: 10.3917/aphi.792.0317

- Desrochers, N., & Paquet, G. (1985). Recherche socio-évaluative de l'impact de l'intervention marrainage du Groupe Les Relevailles. *Santé mentale au Québec*, 10(1), 8-14.
- DONA International. (2019). What is a doula? Repéré à <https://www.dona.org/what-is-a-doula/>
- Doré, N., & Le Hénaff, D. (2019). *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans : guide pratique pour les mères et les pères*. [Version Adobe Acrobat Reader DC]. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/mieux-vivre/version-pdf>
- Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 36(2), 215-226. doi: 10.1016/S0005-7967(97)00070-3
- Dugas, M. J., Gosselin, P., & Ladouceur, R. (2001). Intolerance of uncertainty and worry: Investigating specificity in a nonclinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 25(5), 551-558. doi: 10.1023/a:1005553414688
- Duhamel, C., Bax-D'auveuil, C., Oswald, L., Vallee, T., Bacon, B. A., & Gosselin, P. (2012, mars). *Anxiété somatique et anxiété cognitive: évaluation distincte d'une version francophone du STICSA*. Affiche présentée au XXXIV^e congrès annuel de Société québécoise de recherche en psychologie, Sherbrooke, QC.
- Esterberg, K. G. (2002). *Qualitative methods in social research*. Lowell, Massachussets: McGraw-Hill.
- Fahey, J. O., & Shenassa, E. (2013). Understanding and meeting the needs of women in the postpartum period: The perinatal maternal health promotion model. *Journal of midwifery & women's health*, 58(6), 613-621. doi:10.1111/jmwh.12139
- Falah-Hassani, K., Shiri, R., & Dennis, C. L. (2016). Prevalence and risk factors for comorbid postpartum depressive symptomatology and anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 198, 142-147. doi: 10.1016/j.jad.2016.03.010
- Falah-Hassani, K., Shiri, R., & Dennis, C. L. (2017). The prevalence of antenatal and postnatal co-morbid anxiety and depression: A meta-analysis. *Psychological medicine*, 47(12), 2041-2053. doi:10.1017/s0033291717000617
- Fallon, V., Halford, J. C. G., Bennett, K. M., & Harrold, J. A. (2016). The postpartum specific anxiety scale: Development and preliminary validation. *Archives of Women's Mental Health*, 19(6), 1079-1090. doi: 10.1007/s00737-016-0658-9

- Fallon, V., Halford, J. C. G., Bennett, K. M., & Harrold, J. A. (2018). Postpartum-specific anxiety as a predictor of infant-feeding outcomes and perceptions of infant-feeding behaviours: New evidence for childbearing specific measures of mood. *Archives of Women's Mental Health*, 21(2), 181-191. doi: 10.1007/s00737-017-0775-0
- Farr, S. L., Dietz, P. M., O'Hara, M. W., Burley, K., & Ko, J. Y. (2014). Postpartum anxiety and comorbid depression in a population-based sample of women. *Journal of Women's Health*, 23(2), 120-128. doi: 10.1089/jwh.2013.4438
- Favre, V. (2014). *Traitement des inquiétudes excessives et de l'anxiété généralisée chez les femmes primipares en période post-partum* (Thèse de doctorat inédite). Université de Sherbrooke, Sherbrooke, QC.
- Field, T. (2018). Postnatal anxiety prevalence, predictors and effects on development: A narrative review. *Infant Behavior and Development*, 51, 24-32. doi: 10.1016/j.infbeh.2018.02.005
- Gattoni, A. L. (2013). Breaking the silence: The role of online community in the transition to motherhood (Thèse de doctorat inédite). University of Wisconsin-Milwaukee. Repéré à <http://dc.uwm.edu/etd>
- George, A., Luz, R. F., De Tychey, C., Thilly, N., & Spitz, E. (2013). Anxiety symptoms and coping strategies in the perinatal period. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(1), 233-238. doi: 10.1186/1471-2393-13-233
- Gibson, L., & Hanson, V. L. (2013). "Digital motherhood": How does technology support new mothers. Dans *CHI '13: Proceedings of the SIGCHI Conference on Human Factors in Computing Systems* (pp. 313-322). New York, NY: Association for Computing Machinery. doi: 10.1145/2470654.2470700
- Gilligan, C. (2008). *Une voix différente. Pour une éthique du « care »*. Paris, France: Flammarion. (Ouvrage original publié en 1982.)
- Glasheen, C., Richardson, G. A., & Fabio, A. (2010). A systematic review of the effects of postnatal maternal anxiety on children. *Archives of Women's Mental Health*, 13(1), 61-74. doi:10.1007/s00737-009-0109-y
- Gosselin, P., Dugas, M. J., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (2001). Évaluation des inquiétudes: validation d'une traduction française du Penn State Worry Questionnaire. *L'encéphale*, 27(5), 475-484.
- Gosselin, P., Ladouceur, R., Evers, A., Laverdiere, A., Routhier, S., & Tremblay-Picard, M. (2008). Evaluation of intolerance of uncertainty: Development and validation of

- a new self-report measure. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(8), 1427-1439. doi: 10.1016/j.janxdis.2008.02.005
- Grienenberger, J. F., Kelly, K., & Slade, A. (2005). Maternal reflective functioning, mother–infant affective communication, and infant attachment: Exploring the link between mental states and observed caregiving behavior in the intergenerational transmission of attachment. *Attachment & Human Development*, 7(3), 299-311. doi: 10.1080/14616730500245963
- Hamelin-Brabant, L., de Montigny, F., Roch, G., Deshaies, M.-H., Mbourou Azizah, G., Bourque Bouliane, M., Borgès Da Silva, R., & Comeau, Y. (2013). *Vulnérabilité périnatale et soutien social en période postnatale : une recension des écrits. Rapport de recherche volet 1. D'un regard sur la vulnérabilité périnatale à une évaluation des services de relevailles offerts par les centres de ressources périnatales (CRP) du Québec*. Québec, Canada : Centre de recherche du CHU de Québec.
- Hamelin-Brabant, L., De Montigny, F., Roch, G., Deshaies, M. H., Mbourou-Azizah, G., Da Silva, R. B., ... Fournier, C. (2015). Vulnérabilité périnatale et soutien social en période postnatale: une revue de la littérature. *Santé publique*, 27(1), 27-37. doi: 10.3917/spub.151.0027
- Hayes, A. F., & Krippendorff, K. (2007). Answering the call for a standard reliability measure for coding data. *Communication Methods and Measures*, 1(1), 77-89. doi: 10.1080/19312450709336664
- Henderson, J., & Redshaw, M. (2013). Anxiety in the perinatal period: Antenatal and postnatal influences and women's experience of care. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31(5), 465-478. doi: 10.1080/02646838.2013.835037
- Hogg, R., & Worth, A. (2009). "What support do parents of young children need? A user-focused study". *Community Practitioner*, 82(1), 31-35.
- Holaway, R. M., Heimberg, R. G., & Coles, M. E. (2006). A comparison of intolerance of uncertainty in analogue obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 20(2), 158-174. doi: 10.1016/j.janxdis.2005.01.002
- Huizink, A. C., Mulder, E. J., de Medina, P. G. R., Visser, G. H., & Buitelaar, J. K. (2004). Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome?. *Early Human Development*, 79(2), 81-91. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2004.04.014
- Jover, M., Colomer, J., Carot, J. M., Larsson, C., Bobes, M. T., Ivorra, J. L., ... Sanjuan, J. (2014). Maternal anxiety following delivery, early infant temperament and

- mother's confidence in caregiving. *The Spanish Journal of Psychology*, 17, 1-12. doi: 10.1017/sjp.2014.87
- Kelleher, J., & Simkin, P. (2016). DONA International Board of Directors. Position paper: The postpartum doula's role in maternity care. Repéré à <http://www.dona.org> (Ouvrage original publié en 2002).
- Korja, R., Nolvi, S., Grant, K. A., & McMahon, C. (2017). The relations between maternal prenatal anxiety or stress and child's early negative reactivity or self-regulation: A systematic review. *Child Psychiatry & Human Development*, 48(6), 851-869. doi: 10.1007/s10578-017-0709-0
- Koumoutzes-Douvia, J., & Carr, C. A. (2006). Women's perceptions of their doula support. *The Journal of Perinatal Education*, 15(4), 34-40. doi: 10.1624/105812406X151402
- Ladouceur, R., Bélanger, L., & Léger, É. (2003). *Arrêtez de vous faire du souci pour tout et pour rien*. Paris, France: Odile Jacob.
- Lamontagne, É. (2016). *Perception par les clients des composantes d'une relation thérapeutique positive* (Thèse de doctorat inédite). Université de Sherbrooke, Sherbrooke, QC.
- Leahy-Warren, P. (2005). First-time mothers: social support and confidence in infant care. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 479-488. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03425.x
- Leahy-Warren, P., & McCarthy, G. (2011). Maternal parental self-efficacy in the postpartum period. *Midwifery*, 27(6), 802-810. doi: 10.1016/j.midw.2010.07.008
- Lecomte, C., Savard, R., Drouin, M. S., & Guillon, V. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces? Implications pour la formation en psychologie. *Revue québécoise de psychologie*, 25(3), 73-102.
- L'Écuyer, R. (1990). *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu : méthode GPS et concept de soi*. Sillery, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Lombard, M., Snyder-Duch, J., & Bracken, C. C. (2002). Content analysis in mass communication: Assessment and reporting on intercoder reliability. *Human Communication Research*, 28(4), 587-604. doi: 10.1111/j.1468-2958.2002.tb00826.x
- MacPherson, K., Barnes, J., Nichols, M., & Dixon, S. (2010). Volunteer support for mothers with new babies: Perceptions of need and support received. *Children & Society*, 24(3), 175-187. doi:10.1111/j.1099-0860.2009.00227.x

- Marraine Tendresse de l'Estrie. (2015). Portrait de l'organisme. Repéré à <http://www.marrainetendresse.com/portrait-organisme.php>
- Martin, C. (2017). *Contribution d'un programme de soutien postnatal à domicile en matière de santé maternelle : le point de vue des mères utilisatrices* (Mémoire de maîtrise inédit). Université de Laval, Québec, QC.
- Matthey, S., Barnett, B., Howie, P., & Kavanagh, D. J. (2003). Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: Whatever happened to anxiety?. *Journal of Affective Disorders*, 74(2), 139-147. doi: 10.1016/S0165-0327(02)00012-5
- McComish, J. F., & Visger, J. M. (2009). Domains of postpartum doula care and maternal responsiveness and competence. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 38(2), 148-156. doi: 10.1111/j.1552-6909.2009.01002.x
- McLeish, J., & Redshaw, M. (2015). Peer support during pregnancy and early parenthood: A qualitative study of models and perceptions. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), 257-271. doi: 10.1186/s12884-015-0685-y
- Meades, R., & Ayers, S. (2011). Anxiety measures validated in perinatal populations: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 133(1-2), 1-15. doi: 10.1016/j.jad.2010.10.009
- Mellier, D. (2007). La narration entre observation et historicisation, l'apport de la clinique du nourrisson. *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 165(7), 478-484. doi: 10.1016/j.amp.2006.04.012
- Mertesacker, B., Bade, U., Haverkock, A., & Pauli-Pott, U. (2004). Predicting maternal reactivity/sensitivity: The role of infant emotionality, maternal depressiveness/anxiety, and social support. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 25(1), 47-61. doi: 10.1002/imhj.10085
- Mills, A., Schmied, V., Taylor, C., Dahlen, H., Schuiringa, W., & Hudson, M. E. (2012). Connecting, learning, leaving: supporting young parents in the community. *Health & Social Care in the Community*, 20(6), 663-672. doi: 10.1111/j.1365-2524.2012.01084.x
- Mills, A., Schmied, V., Taylor, C., Dahlen, H., Shuiringa, W., & Hudson, M. E. (2013). Someone to talk to: young mothers' experiences of participating in a young parents support programme. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(3), 551-559. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01065.x

- Moran, P., Ghate, D., & Van Der Merwe, A. (2004). *What works in parenting support? A review of the international evidence*. London, Angleterre: Department for Education and Skills.
- Navarrete, L. E., Lara-Cantú, M. A., Navarro, C., Gómez, M. E., & Morales, F. (2012). Factores psicosociales que predicen síntomas de ansiedad posnatal y su relación con los síntomas depresivos en el posparto [Psychosocial factors predicting postnatal anxiety symptoms and their relation to symptoms of postpartum depression]. *Revista de Investigación Clínica*, 64(6.II), 625-633.
- Negron, R., Martin, A., Almog, M., Balbierz, A., & Howell, E. A. (2013). Social support during the postpartum period: Mothers' views on needs, expectations, and mobilization of support. *Maternal and Child Health Journal*, 17(4), 616-623. doi: 10.1007/s10995-012-1037-4
- Nelson, A. M. (2003). Transition to motherhood. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 32(4), 465-477. doi: 10.1177/0884217503255199
- Nitschelm, E. J. (2015). Soignant-soigné, trouver l'accordage pour entrer en résonance. *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 123(4), 47-54.
- Ouellet, C. (2014). *Étude des liens entre deux modèles du trouble d'anxiété généralisée : le modèle de l'intolérance à l'incertitude et le modèle de la régulation émotionnelle dysfonctionnelle* (Thèse de doctorat inédite). Université de Laval, Québec, QC.
- Ouellet, C., Langlois, F., Provencher, M. D., & Gosselin, P. (2019). Intolerance of uncertainty and difficulties in emotion regulation: Proposal for an integrative model of generalized anxiety disorder. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 69(1), 9-18. doi: 10.1016/j.erap.2019.01.001
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (4^e éd.). Paris, France: Armand Colin.
- Paul, I. M., Downs, D. S., Schaefer, E. W., Beiler, J. S., & Weisman, C. S. (2013). Postpartum anxiety and maternal-infant health outcomes. *Pediatrics*, 131(4), 1218-1224. doi: 10.1542/peds.2012-2147
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative research and evaluation methods* (4e éd.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Phillips, S., & Pitt, L. (2011). Maternal mental health: Making a difference. *Aotearoa New Zealand Social Work*, 23(3), 31-37. doi: 10.11157/anzswj-vol23iss3id158

- Phillips, J., Sharpe, L., Matthey, S., & Charles, M. (2009). Maternally focused worry. *Archives of Women's Mental Health*, 12(6), 409-418. doi: 10.1007/s00737-009-0091-4
- Plaat, N. (2018). Attachement, fonction contenante et rigidités contemporaines. Et si « contenir » redevenait la meilleure façon de soutenir les parents et leur nouveau-né? *Spirale*, 86(2), 18-26. doi: 10.3917/spi.086.0018
- Polachek, I. S., Harari, L. H., Baum, M., & Strous, R. D. (2014). Postpartum anxiety in a cohort of women from the general population: Risk factors and association with depression during last week of pregnancy, postpartum depression and postpartum PTSD. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 51(2), 128-134.
- Prinds, C., Hvidt, N. C., Mogensen, O., & Buus, N. (2014). Making existential meaning in transition to motherhood—A scoping review. *Midwifery*, 30(6), 733-741. doi: 10.1016/j.midw.2013.06.021
- Pulcini, E. (2012). Donner le care. *Revue du MAUSS*, 39(1), 49-66. doi: 10.3917/rdm.039.0049
- Quinodoz, J. M. (1991). Une métaphore de la stabilité dans le mouvement des identifications : la portance. *Revue française de psychanalyse*, 55(1), 187-192. doi: 10.3917/rfp.g1991.55n1.0187
- Quinodoz, J. M. (2014). *La solitude apprivoisée* (5^e éd.). Paris, France: Presses Universitaires de France.
- Razurel, C., Bruchon-Schweitzer, M., Dupanloup, A., Irion, O., & Epiney, M. (2011). Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women during the postpartum period: A qualitative study. *Midwifery*, 27(2), 237-242. doi: 10.1016/j.midw.2009.06.005
- Reck, C., Struben, K., Backenstrass, M., Stefenelli, U., Reinig, K., Fuchs, T., ... Mundt, C. (2008). Prevalence, onset and comorbidity of postpartum anxiety and depressive disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(6), 459-468. doi: 10.1111/j.1600-0447.2008.01264.x
- Réseau Québécois d'Accompagnantes à la Naissance. (2019). Une accompagnante pour chaque naissance. Repéré à <https://www.naissance.ca/>
- Revault d'Allonnes, C. (1994). *Être, faire, avoir un enfant*. Paris, France: Petite Bibliothèque Payot.

- Ricoeur, P. (2003). Responsabilité et fragilité. *Autres Temps. Cahiers d'éthique sociale et politique*, 76, 127-141. doi: 10.3406/chris.2003.2415
- Rimé, B. (2016). *Le partage social des émotions* (N. éd.). Paris, France: Presses Universitaires de France.
- Rimé, B. (2009). Emotion elicits the social sharing of emotion: Theory and empirical review. *Emotion Review*, 1(1), 60-85. doi: 10.1177/1754073908097189
- Robert, E. (2007). *Adaptation à la maternité : les facteurs de risque, leur dépistage et leur relation à l'anxiété maternelle périnatale* (Thèse de doctorat inédite). Université de Montréal, Montréal, QC.
- Robert, E., David, H., Reeves, N., Goron, S., & Delfosse, S. (2008). Adaptation à la maternité : évolution discontinue de l'anxiété en pré- et en post-partum et valeur prédictive des différents types d'anxiété. *Devenir*, 20(2), 151-171. doi: 10.3917/dev.082.0151
- Roch, G., Borgès Da Silva, R., de Montigny, F., Hamelin Brabant, L., Deshaies, M.-H., Turcotte, S., ... Comeau, Y. (2015). *Évaluation des services de relevailles et de leurs retombées auprès des familles. Rapport de recherche volet 3. D'un regard sur la vulnérabilité périnatale à une évaluation des services de relevailles offerts par les centres de ressources périnatales (CRP) du Québec*. Québec, Canada : Centre de recherche du CHU de Québec.
- Roch, G., Deshaies, M.-H., Comeau, Y., Hamelin-Brabant, L., Borgès Da Silva, R., de Montigny, F., & Mbourou Azizah, G. (2014). *Caractéristiques des centres de ressources périnatales (CRP) et de leur programme de relevailles. Rapport de recherche volet 2. D'un regard sur la vulnérabilité périnatale à une évaluation des services de relevailles offerts par les centres de ressources périnatales (CRP) du Québec*. Québec, Canada : Centre de recherche du CHU de Québec.
- Ross, L. E., & McLean, L. M. (2006). Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67(8), 1285-1298. doi: 10.4088/JCP.v67n0818
- Rossignol, A., Puentes-Neuman, G., & Terradas, M. M. (2013). La fonction réflexive parentale et l'approche Watch, Wait, and Wonder : perspectives théoriques. *Devenir*, 25(3), 203-222. doi: 10.3917/dev.133.0203
- Rubertsson, C., Hellström, J., Cross, M., & Sydsjö, G. (2014). Anxiety in early pregnancy: Prevalence and contributing factors. *Archives of Women's Mental Health*, 17(3), 221-228. doi: 10.1007/s00737-013-0409-0

- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy, 48*(1), 80-87. doi: 10.1037/a0022140
- Saporta, G. (2006). *Probabilités, analyse des données et statistique* (2^e éd.). Paris, France: Éditions Technip.
- Seymour, M., Giallo, R., Cooklin, A., & Dunning, M. (2014). Maternal anxiety, risk factors and parenting in the first post-natal year. *Child: Care, Health and Development, 41*(2), 314-323. doi: 10.1111/cch.12178
- Shaharabani Saidon, H., Shafran, N., & Rafaeli, E. (2018). Teach them how to say goodbye: The CMRA model for treatment endings. *Journal of Psychotherapy Integration, 28*(3), 385-400. doi: 10.1037/int0000127
- Slade, A., Grienemberger, J., Bernbach, E., Levy, D., & Locker, A. (2005). Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: A preliminary study. *Attachment & Human Development, 7*(3), 283-298. doi: 10.1080/14616730500245880
- Small, R., Taft, A. J., & Brown, S. J. (2011). The power of social connection and support in improving health: Lessons from social support interventions with childbearing women. *BMC Public Health, 11*(5). doi: 10.1186/1471-2458-11-S5-S4
- Sokol, L. E., Epperson, C. N., & Barber, J. P. (2014). The relationship between maternal attitudes and symptoms of depression and anxiety among pregnant and postpartum first-time mothers. *Archives of Women's Mental Health, 17*(3), 199-212. doi: 10.1007/s00737-014-0424-9
- Stern, D. N. (1997). *La constellation maternelle*. Paris, France: Calmann-Lévy.
- Stern D. N. (2003). *Le Monde interpersonnel du nourrisson : une perspective psychanalytique et développementale*. Paris, France: Presses Universitaires de France (Ouvrage original publié en 1985).
- Stevenson-Hinde, J., Shouldice, A., & Chicot, R. (2011). Maternal anxiety, behavioral inhibition, and attachment. *Attachment & Human Development, 13*(3), 199-215. doi: 10.1080/14616734.2011.562409
- Stuart, S., Couser, G., Schilder, K., O'Hara, M. W., & Gorman, L. (1998). Postpartum anxiety and depression: Onset and comorbidity in a community sample. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 186*(7), 420-424.

- Taggart, A. V., Short, S. D., & Barclay, L. (2000). "She has made me feel human again": An evaluation of a volunteer home-based visiting project for mothers. *Health and Social Care in the Community*, 8(1), 1-8. doi: 10.1046/j.1365-2524.2000.00227.x
- Tissot, H., Frascarolo, F., Despland, J. N., & Favez, N. (2011). Dépression post-partum maternelle et développement de l'enfant : revue de littérature et arguments en faveur d'une approche familiale. *La psychiatrie de l'enfant*, 54(2), 611-637. doi: 10.3917/psy.542.0611
- Vennat, D., Belot, R. A., Capponi, I., & Mellier, D. (2018). Le défaut de soutien familial dans l'immédiat post-partum : quels impacts sur l'émergence de la détresse maternelle?. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 66(6), 370-381. doi: 10.1016/j.neurenf.2018.07.005
- Vermersch, P. (2017). *L'entretien d'explicitation* (8^e éd.). Paris, France: ESF Sciences humaines.
- Viau-Guay, L. (2011). *Inquiétudes excessives et anxiété généralisée chez les femmes primipares en période périnatale* (Thèse de doctorat inédite). Université de Sherbrooke, Sherbrooke, QC.
- Wardrop, A. A., & Popadiuk, N. E. (2013). Women's experiences with postpartum anxiety: Expectations, relationships, and sociocultural influences. *The Qualitative Report*, 18(3), 1-24. Repéré à <https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol18/iss3/2>
- Wenzel, A., Haugen, E. N., Jackson, L. C., & Brendle, J. R. (2005). Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum. *Journal of Anxiety Disorders*, 19(3), 295-311. doi: 10.1016/j.janxdis.2004.04.001
- Wenzel, A., & Stuart, S. C. (2011). *Anxiety in childbearing women: Diagnosis and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association. doi: 10.1037/12302-000
- Wilkins, C. (2006). A qualitative study exploring the support needs of first-time mothers on their journey towards intuitive parenting. *Midwifery*, 22(2), 169-180. doi: 10.1016/j.midw.2005.07.001
- Winnicott, D. W. (2000). La crainte de l'effondrement. Dans *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques* (pp. 205- 216). Paris, France: Gallimard (Ouvrage original publié en 1963).
- Winnicott, D. W. (2006). La préoccupation maternelle primaire. Dans *La mère suffisamment bonne*. Paris, France: Payot & Rivages. (Ouvrage original publié en 1956).

- Winnicott, D. W. (2006). La mère ordinairement dévouée. Dans *La mère suffisamment bonne*. Paris, France: Payot & Rivages. (Ouvrage original publié en 1966).
- Winnicott, D. W. (2012). *The family and individual development*. London, Angleterre: Routledge (Ouvrage original publié en 1965).
- Winnicott, D. W. (2015). *La capacité d'être seul*. Paris, France: Payot & Rivages. (Ouvrage original publié en 1958).
- Ystrom, E. (2012). Breastfeeding cessation and symptoms of anxiety and depression: A longitudinal cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12, 36-41. doi: 10.1186/1471-2393-12-36
- Zielinski, A. (2010). L'éthique du care. Une nouvelle façon de prendre soin. *Études*, 413(12), 631-641.

Appendice A

Services d'accompagnement postnatal des organismes communautaires ayant participé à
l'étude : Mairaine Tendresse de l'Etrie et Alternative Naissance

Marraine Tendresse de l'Estrie*

Philosophie de l'organisme	« Accompagnante postnatale Tendresse de l'Estrie est un organisme d'entraide dont les services gratuits contribuent, depuis 1992, au mieux-être de la famille lors de l'arrivée d'un enfant. Des bénévoles attentionnées prodiguent un appui à la mère, que ce soit sur le plan affectif, physique ou psychologique, afin qu'elle puisse vivre de façon plus épanouie les nombreux changements liés à l'accueil du nouveau-né. L'organisme contribue à ce que la relation d'attachement de la mère avec son nourrisson se développe avec confiance et assurance. »
Offre de service d'accompagnement postnatal (marrainage)	
Population desservie	-Sherbrooke et environs, selon les disponibilités
Modalités	« -Visite à domicile de 3 heures par semaine pour une durée d'environ 3 mois; -Gratuit et confidentiel; -Assistance téléphonique entre les visites au besoin; -Référence à d'autres ressources si nécessaire. »
Description du service	« -Exercer une écoute active; -Valoriser l'expérience de la maternité; -Prévenir les découragements de toutes sortes; -Encourager la confiance de la mère en ses propres ressources; -Contribuer à une plus grande autonomie parentale; -Briser l'isolement et créer une relation humaine enrichissante; -Prendre soin des tout-petits. »

*À l'exception de l'ajout concernant la population desservie, le texte inclus dans le tableau ci-haut provient du site internet de l'organisme, sans que celui-ci n'ait été modifié.

© Tous droits réservés. Accompagnante postnatale Tendresse de l'Estrie. (2015). *Portrait de l'organisme*. Repéré à <http://www.accompagnante.postnataletendresse.com/portrait-organisme.php>

Alternative Naissance*

Philosophie de l'organisme	« Depuis 1982, Alternative Naissance offre de l'information et des services alternatifs aux femmes et aux couples pour qu'ils puissent faire des choix éclairés sur le lieu de leur accouchement et sur les façons dont il peut se dérouler ainsi que sur différents aspects de la période postnatale. Alternative Naissance est un lieu où des femmes mettent en commun leurs expériences afin d'aider les femmes et les couples à préparer la venue d'un nouveau-né dans l'amour, l'autonomie et la confiance. »
Offre de service d'accompagnement postnatal (relevailles)	
Population desservie	« Service gratuit offert particulièrement aux résidents de Rosemont et de St-Léonard. »
Modalités	« Présence à domicile d'une accompagnante aux relevailles pour une durée de 8 à 12 semaines à raison de 4 heures par semaine. »
Description du service	<p>« Dans un climat de confiance, d'écoute et de respect, l'accompagnante aux relevailles :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Vous soutient dans votre rôle de parent tout en favorisant le développement de la confiance en vos compétences; -Vous informe et vous accompagne dans les soins à apporter à votre nouveau-né; -Vous apporte du soutien dans votre organisation familiale; -Vous aide à développer d'autres liens avec votre communauté afin de briser l'isolement (organismes communautaires, groupes de parents, etc.); -Peut vous accompagner lors de vos sorties ou vos rendez-vous avec votre bébé. »

*Le texte inclus dans le tableau ci-haut provient du site internet de l'organisme, sans que celui-ci n'ait été modifié.

© Tous droits réservés. Alternative Naissance. (2019). *Relevailles - soutien postnatal à domicile*. Repéré à <http://alternative-naissance.ca/fr/relevailles---soutien-postnatal-a-domicile-par-alternative-naissance.php>

Appendice B

Lettre d'invitation à participer à l'étude et d'autorisation à être contactée par la
chercheuse

**Lettre d'invitation à participer à l'étude et d'autorisation
à être contactée par la chercheuse**

Bonjour, je sollicite aujourd'hui votre participation à mon **projet de mémoire doctoral qui porte sur le soutien des mères éprouvant de l'anxiété suite à l'arrivée de leur bébé, selon le point de vue des mères**. Je vous propose **une entrevue individuelle à domicile d'une durée de 60 à 90 minutes afin d'entendre votre point de vue à propos de la façon dont vous avez vécu votre accompagnement postnatal**. Quelques questions vous seront posées au téléphone afin de s'assurer que vous correspondez bien aux critères de l'étude. Cette entrevue aura lieu dans un délai maximal de cinq mois après la fin de votre accompagnement postnatal. **Je me déplace à domicile et veille à ce que ce soit un bon moment selon les disponibilités**. L'entrevue peut se dérouler **en présence ou non de votre bébé**, selon votre situation et ce que vous souhaitez. Au besoin, nous pourrions interrompre l'entrevue si vous avez des soins à donner à votre bébé, et poursuivre ensuite. Vous aurez aussi à répondre à quelques **courts questionnaires** en personne (15 minutes) visant à mieux connaître vos préoccupations.

Votre participation à ce projet de recherche vous offrira **la possibilité de vous réserver un temps à vous pour réfléchir en profondeur sur votre expérience d'accompagnement postnatal**, et pour mettre des **mots sur certains besoins reliés à cette expérience**. Vous pouvez compter sur mon **écoute attentive** et mon accueil **sans jugement de votre expérience**. Aussi, vous contribuerez à l'avancement des connaissances sur le soutien des mères vivant de l'anxiété en période postnatale et vous m'offrirez une **grande aide très appréciée** dans mon projet de thèse!

Autorisez-vous l'organisme (Marraine Tendresse de l'Estrie ou Alternative Naissance) **à me transmettre votre numéro de téléphone afin que je vous contacte par téléphone pour vous parler de l'étude et vous inviter à y participer?** ☐ oui ☐ non

Soyez assurée que votre décision ne changera en rien votre accompagnement, que votre accompagnante ne sera en aucun cas avisée de votre participation ou non à la présente étude, et que toutes les données vous concernant demeureront **confidentielles**. Votre accompagnante n'est d'aucune façon affiliée à cette étude; elle a seulement aidé au recrutement.

Si vous avez des questions sur l'étude ou souhaitez me contacter directement, vous pouvez me rejoindre par courriel, à x@USherbrooke.ca

Un grand merci aux mères de m'accueillir chez elles et au plaisir de communiquer avec vous!

Manouanne Hamel Boisclair

Doctorante en psychologie clinique au Département de psychologie à l'Université de Sherbrooke:
x@USherbrooke.ca

Recherche dirigée par Marie Papineau, Ph. D. professeure au Département de psychologie à l'Université de Sherbrooke; xxx xxx-xxxx, poste xxxxx; x@USherbrooke.ca

Appendice C

Canevas d'entrevue téléphonique pour le recrutement

Canevas d'entrevue téléphonique pour le recrutement

Bonjour, je suis Manouanne Hamel Boisclair, étudiante au doctorat en psychologie à l'Université de Sherbrooke. Vous m'avez laissé vos coordonnées pour que je puisse communiquer avec vous. Je vous appelle pour faire suite à mon invitation à participer à l'étude. Mon mémoire doctoral porte sur l'accompagnement postnatal. Je m'intéresse au point de vue des mères qui ont vécu de l'inquiétude, du stress, de l'anxiété après la naissance de leur bébé.

Vous avez pu lire sur l'invitation les grandes lignes de la façon dont se passe l'étude. Pour faire un petit rappel, il s'agit d'une entrevue individuelle de 60 à 90 minutes pour entendre votre point de vue à propos de certains aspects de votre expérience d'accompagnement postnatal. Je me déplace chez les mères pour l'entrevue. L'entrevue peut se dérouler en présence ou non de votre bébé, selon votre situation et ce que vous souhaitez. Au besoin, on peut interrompre l'entrevue si vous avez des soins à donner à votre bébé, et poursuivre ensuite. Une pause d'une dizaine de minutes est prévue en milieu d'entrevue. Tout juste avant l'entrevue, vous aurez aussi à répondre, pendant une quinzaine de minutes, à des questionnaires visant à mieux connaître vos préoccupations.

Votre participation à l'étude pourrait vous donner la possibilité de vous réserver un temps pour réfléchir en profondeur sur votre expérience d'accompagnement postnatal et pour mettre des mots sur certains besoins reliés. Aussi, vous contribuerez à l'avancement des connaissances sur l'accompagnement des mères en période postnatale.

L'organisme ne sera en aucun cas informé de votre décision de participer ou non à l'étude, et toutes les données vous concernant demeureront confidentielles. **L'organisme n'est pas affilié à l'étude, il m'aide pour le recrutement, en transmettant les invitations aux mères.** Par souci de confidentialité supplémentaire, vous serez invitée durant l'entrevue à parler de votre accompagnante sans nommer son nom, en disant tout simplement « mon accompagnante ».

Avez-vous des questions? *[Si oui, répondre...]*

Est-ce que vous êtes intéressée à participer à l'étude? *[Si oui, poser les questions de sélection suivantes.]*

À ce moment-là, j'ai quelques points à vérifier au téléphone pour m'assurer que vous correspondez bien aux critères de l'étude. Je cherche un profil général. Beaucoup de mères peuvent correspondre au profil que je recherche, mais je dois vérifier pour être certaine. **Les questions téléphoniques que je pose sont les mêmes pour toutes les mères, donc c'est fort possible que certaines vous paraissent inappropriées à votre situation, c'est normal.** *[Vérification des critères d'inclusion.]*

- 1) La première question sert à me situer dans le temps. Je fais des entrevues avec des mères qui terminent ou qui ont récemment terminé leur accompagnement postnatal. Pouvez-vous me dire quelle est la date approximative de fin de votre accompagnement postnatal? *[Pour savoir si cela fait bien moins de cinq mois qu'il est terminé]*
- 2) Je passe en entrevue seulement les mères majeures, avez-vous plus de 18 ans?

- 3) Étant donné qu'il y a quelques courts questionnaires, c'est important que je m'assure que vous êtes à l'aise avec le français aussi bien à l'oral qu'à la lecture. Est-ce que c'est le cas?
- 4) Je vais maintenant vous poser une question qui fait référence à la période spécifique entre la naissance de votre bébé et le début de votre accompagnement postnatal. Avez-vous été inquiète ou stressée au quotidien durant cette période? **oui/non/hésitante**
- a. *[Si oui ou hésitante]* Comment situeriez-vous approximativement votre niveau d'inquiétude et de stress sur une échelle de 0 à 8? 0 correspond à aucune inquiétude ou stress et 8 à un niveau de panique.

Critère d'admissibilité pour la question 4. : la mère situe sa réponse à quatre ou plus à l'échelle ci-dessous.

SÉVÉRITÉ								
0	1	2	3	4	5	6	7	8
Aucune		Légère		Moyenne		Sévère		Très sévère

Maintenant, je vais vous poser trois questions qui peuvent être un peu surprenantes au téléphone, dans le contexte où on ne se connaît pas du tout encore. Je les pose aux mères au téléphone vu que ce sont des critères pour l'étude. Je trouve ça important de vous dire que vous pouvez être sans crainte d'être jugée, quelles que soient vos réponses. Je vous les pose parce que si on découvrait en cours d'entrevue qu'un des critères ne fonctionnait pas, ce serait décevant comme situation. Donc je vous les pose d'emblée, bien que ce soit un peu délicat. Si jamais vous n'êtes pas à l'aise de répondre à une question, n'hésitez pas à me le dire. *[Vérification des critères d'exclusion.]*

- 5) Première question. Étant donné que je recrute spécifiquement des mères qui ont seulement eu les relevailles comme suivi de soutien postnatal, j'aurais besoin de savoir si vous avez ou pas consulté un psychologue, un travailleur social ou autre intervenant depuis la naissance de votre bébé.
- 6) La prochaine question est pour m'assurer que vous vous sentez assez bien en ce moment pour faire l'entrevue. J'aurais besoin de savoir si vous avez des idées suicidaires actuellement. Merci pour votre réponse, je suis vraiment désolée de vous poser cette question-là au téléphone.
- 7) La dernière question me permet de m'assurer de recruter des mères avec un profil général similaire. J'aurais besoin de savoir si vous avez déjà reçu un diagnostic de trouble psychologique persistant? *[Exclure de l'étude si schizophrénie, trouble psychotique, trouble bipolaire, trouble organique cérébral ou déficience intellectuelle].*

- ❖ *Si la mère remplit les critères d'admissibilité* : Tout est beau. Merci énormément d'avoir accepté de répondre aux questions téléphoniques. Je suis bien contente.

Vous pouvez participer à l'étude si vous le souhaitez. Juste vous préciser que les questions d'entrevue en personne sont très différentes. Ce sont des questions qui vous invitent à me parler de votre expérience d'accompagnement postnatal, il n'y a pas de bonne/mauvaise réponse, je prends le temps de vous écouter. Est-ce que vous seriez intéressée à ce qu'on prévoit une date de rencontre? *Si oui, planifier un rendez-vous pour l'entrevue individuelle.*

- ❖ *Si la mère ne remplit pas les critères d'admissibilité ou ne souhaite pas participer à l'étude, la remercier pour son temps, et si elle manifeste un besoin de référence, lui donner des références (p. ex., celles écrites dans le formulaire de consentement éclairé pour la participation à la recherche).*

Manouanne Hamel Boisclair, doctorante en psychologie clinique
Département de psychologie à l'Université de Sherbrooke; x@USherbrooke.ca

Recherche dirigée par Marie Papineau, Ph. D, professeure au Département de psychologie à l'Université de Sherbrooke; xxx xxx-xxxx, poste xxxxx; x@USherbrooke.ca

Appendice D

Formulaire de consentement pour les participantes à l'étude

Formulaire de consentement pour les participantes à l'étude

Vous êtes invitée à participer à la présente étude et ce document vous renseigne sur les modalités qui l'encadrent. S'il y a des mots ou des paragraphes que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à adresser vos questions à la responsable du projet. Pour participer à ce projet de recherche, vous devrez signer le consentement à la fin de ce document et nous vous en remettrons une copie signée et datée.

Titre du projet

Marrainage/relevailles et anxiété des mères après la naissance de leur bébé.

Responsables

Manouanne Hamel Boisclair, B.A., étudiante au doctorat professionnel en psychologie clinique, est responsable de ce projet. Vous pouvez joindre Mme Hamel Boisclair au xxx xxx-xxxx ou à l'adresse courriel x@USherbrooke.ca pour toute information supplémentaire ou tout problème relié au projet de recherche.

Madame Marie Papineau, Ph. D., professeure au Département de psychologie de l'Université de Sherbrooke, assure la direction de l'étude. Au besoin, vous pouvez également joindre Madame Marie Papineau au xxx xxx-xxxx, poste xxxxx, ou à l'adresse courriel x@USherbrooke.ca.

Objectif du projet

L'objectif du projet est de décrire l'impact de l'accompagnement postnatal offert par les accompagnantes, selon la perspective des mères ayant vécu de l'anxiété après la naissance de leur bébé.

Raison et nature de la participation

Comme l'étude vise précisément à recueillir les perceptions des mères à propos de l'accompagnement postnatal des accompagnantes, il est essentiel de recourir directement à vous pour atteindre cet objectif.

Il est entendu que votre participation à ce projet est requise. Une entrevue semi-structurée d'environ 60 à 90 minutes permettra d'explorer votre point de vue sur des aspects précis de votre expérience d'accompagnement postnatal. Cette entrevue semi-structurée aura lieu soit à votre domicile, soit à l'Université de Sherbrooke au département de psychologie, selon votre préférence et vos disponibilités. L'entrevue semi-structurée peut se dérouler en présence ou non de votre bébé, selon votre situation et ce que vous souhaitez. Au besoin, nous pourrions interrompre l'entrevue semi-structurée si vous avez des soins à donner à votre bébé, et poursuivre ensuite. L'entrevue semi-structurée sur votre expérience

d'accompagnement postnatal sera enregistrée sur dictaphone numérique, puis retranscrite pour l'étude. Les questionnaires, qui vous sont acheminés par la poste en même temps que ce formulaire d'information et de consentement, serviront à mieux comprendre vos préoccupations et vous prépareront pour l'entrevue semi-structurée. Nous vous invitons à les remplir à la maison avant l'entrevue semi-structurée. Nous estimons que le temps requis pour remplir les questionnaires est d'une quinzaine de minutes.

Avantages pouvant découler de la participation

Votre participation à ce projet de recherche vous offrira la possibilité de vous réserver un temps pour réfléchir en profondeur sur votre expérience d'accompagnement postnatal, pour mettre des mots sur certains besoins et faire un bilan de cette expérience d'accompagnement postnatal. De plus, vous contribuerez à l'avancement des connaissances en lien avec l'accompagnement des mères en période postnatale. En guise de remerciement, un certificat cadeau d'une valeur de 25\$ dans une pharmacie est donné aux mères ayant participé à l'entrevue.

Inconvénients et risques pouvant découler de la participation

Vous aurez à consacrer un certain temps pour les entrevues. Si vous ressentez de la fatigue lors des entrevues, vous pourrez demander une pause. Il est également possible que vous ressentiez un malaise à partager certaines informations. Dans ce cas, vous pourrez refuser de répondre à certaines questions de l'entrevue semi-structurée à tout moment et en toute liberté. Vous pourrez également mentionner pendant ou à la fin de l'entrevue s'il y a des informations que vous souhaitez retirer du contenu qui sera analysé. Pendant ou à la suite de l'entrevue, il est possible que le fait d'avoir abordé votre vécu en lien avec l'accompagnement postnatal vous fasse vivre certains sentiments inconfortables.

Au besoin, vous êtes invitée à contacter la Clinique universitaire de psychologie du Département de psychologie de l'Université de Montréal au xxx xxx-xxxx qui offre des services de psychothérapie à moindre coût par des doctorants. Vous pouvez aussi me contacter pour d'autres références adaptées à vos besoins.

Il se peut aussi que vous ressentiez une pression à participer à l'étude étant donné que c'est l'organisme communautaire qui vous a transmis la lettre d'invitation. Soyez assurée que celui-ci ne sera en aucun cas informé de votre participation. Les organismes ne sont d'ailleurs pas affiliés à la présente étude, à l'exception de leur aide au recrutement des participantes.

Droit de retrait de participation sans préjudice

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et que vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit. Advenant que vous vous retiriez de l'étude, voulez-vous que les documents audio ou écrits vous concernant soient détruits ?

Oui ☐ Non ☐

Si vous avez répondu oui en cas de retrait de participation, veuillez s.v.p. communiquer avec la responsable de l'étude, Manouanne Hamel Boisclair, qui se chargera de détruire les données des entrevues et des questionnaires descriptifs.

Il vous sera toujours possible de revenir sur votre décision si vous avez répondu non.

Confidentialité, partage, surveillance et publications

Durant votre participation à ce projet de recherche, la chercheuse responsable recueillera et consignera dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant (par exemple, nom et prénom, adresse postale et courriel, enregistrements audio et transcription des entrevues). Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite de ce projet de recherche seront recueillis.

Tous les renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, pour la poursuite de l'étude, vous ne serez identifiée que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par la chercheuse responsable du projet de recherche. La chercheuse responsable du projet de recherche, Manouanne Hamel Boisclair, aura accès aux données recueillies sur l'identité des participantes et les directeurs de recherche pourraient également y avoir accès.

Les données seront utilisées strictement à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrit dans ce formulaire d'information et de consentement.

Les données du projet de recherche pourront être publiées dans des revues scientifiques ou partagées avec les membres de l'équipe de recherche lors de discussions scientifiques. Il est prévu que des assistants de recherche puissent avoir accès aux enregistrements pour les retranscriptions verbatim ou l'analyse des données. Aucune discussion, publication ou communication scientifique ne renfermera d'informations permettant de vous identifier.

Les entrevues seront enregistrées sur dictaphone numérique et retranscrites sous forme de verbatim. Les données recueillies par questionnaires et via les enregistrements audios seront conservées, sous clé, pour une période n'excédant pas cinq ans, dans le laboratoire de recherche de la directrice de recherche, Marie Papineau, au Département de psychologie. Après cette période, les données et les enregistrements audio seront détruits. Aucun renseignement permettant d'identifier les personnes ayant participé à l'étude n'apparaîtra dans aucun rapport. À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourrait être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines, ou par des organismes gouvernementaux mandatés par la loi. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Surveillance des aspects éthiques et identification du président du Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines

Le Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportées au formulaire d'information et de consentement, ainsi qu'au protocole de recherche.

Vous pouvez parler de tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet avec le responsable du projet ou expliquer vos préoccupations à Monsieur Olivier Laverdière président du Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines en communiquant par l'intermédiaire de son secrétariat par courriel à : x@USherbrooke.ca

Consentement libre et éclairé

Je, _____ (*nom en lettres moulées*), déclare avoir lu et compris le présent formulaire et en avoir reçu un exemplaire. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu à ma satisfaction.

Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Signature du participant ou de la participante :

Signé à _____, le _____ 201_____

Déclaration du responsable

Je, MANOUANNE HAMEL BOISCLAIR, chercheuse principale de l'étude, certifie avoir expliqué à la participante intéressée les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'elle m'a posées à cet égard et lui avoir clairement indiqué qu'elle reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus. Je m'engage à garantir le respect des objectifs de l'étude et à respecter la confidentialité.

Signature de la responsable de la présente étude :

Signé à _____, le _____ 201_____

Appendice E

Données sociodémographiques

Données sociodémographiques

No. Code de la participante: _____

Date : _____

- 1) Votre âge : _____
- 2) Votre origine ethnique : _____
- 3) Langue(s) parlée(s) à la maison : _____
- 4) Votre état civil (cochez) :
 - a) Mariée : ____ ou Conjointe de fait : ____
 - b) Divorcée : ____ ou Séparée : ____
 - c) Célibataire : ____
 - d) Veuve : ____
- 5) Habitez-vous actuellement avec le père de votre bébé (encerclez)? **Oui Non**
- 6) Votre scolarité complétée (cochez) :
 - a) Primaire : ____
 - b) Secondaire : ____
 - c) Collégial : ____
 - d) Universitaire : ____
- 7) Revenu familial ou personnel (dans le cas des personnes résidant seules) :
 - a) 0 - 14 999\$: _____
 - b) 15 000\$ - 29 999\$: _____
 - c) 30 000\$ - 44 999\$: _____
 - d) 45 000\$ - 59 999\$: _____
 - e) 60 000\$ - 74 999\$: _____
 - f) 75 000\$ et plus : _____
- 8) Quelle est votre appréciation de votre revenu familial ou personnel actuel (cochez)?
 - a) Très peu satisfaite : _____
 - b) Peu satisfaite : _____
 - c) Satisfaite : _____
 - d) Très satisfaite : _____

- 9) Avez-vous déjà consulté un professionnel (médecin, psychiatre ou psychologue) pour un problème émotionnel (encerclez)? **Oui Non**
- 10) Connaissez-vous des complications physiques, pour vous ou votre bébé, reliées au contexte de la grossesse? **Oui Non**
- a. Si oui, lesquelles : _____
- b. Ces complications se sont poursuivies jusqu'à : _____
- 11) Date de naissance de votre bébé : _____
- 12) Nombre d'enfant(s) que vous avez, incluant votre bébé: _____
- 13) Avez-vous allaité votre bébé (encerclez) : **Oui Non**
- 14) Combien de temps êtes-vous restée à l'hôpital à la suite de l'accouchement? _____ heures
- 15) Avez-vous eu des complications physiques, pour vous ou votre bébé, reliées à l'accouchement? **Oui Non**
- a. Si oui, lesquelles : _____
- b. Ces complications se sont poursuivies jusqu'à approximativement : _____
- 16) Nombre d'accompagnante(s) postnatale(s) qui vous a/ont accompagnée : _____
- 17) Date du début de l'accompagnement : _____ Bébé avait _____ mois
- 18) Date de fin de l'accompagnement : _____ Bébé avait _____ mois
- 19) Est-ce votre premier accompagnement postnatal? **Oui Non**
- Si non, combien en avez-vous eu en tout? _____
- 20) Avez-vous eu une accompagnante durant la naissance? **Oui Non**
- 21) Avez-vous eu une accompagnante durant votre dernière grossesse? **Oui Non**

Courriel pour recevoir ultérieurement les résultats de l'étude, si vous le souhaitez :

***Je vous remercie d'avoir complété ce questionnaire ***

Appendice F

Questionnaire sur les Inquiétudes de Penn State (QIPS)

Ces pages ont été retirées par respect pour le droit d'auteur

Appendice G

Traduction francophone du questionnaire
State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety (STICSA)

Ces pages ont été retirées par respect pour le droit d'auteur

Appendice H

Canevas d'entrevue semi-structurée

Canevas d'entretien semi-structurée

Introduction à l'entretien

Tout d'abord, je vous remercie beaucoup d'avoir accepté de participer à mon projet de recherche. Avant de commencer l'entretien, je voudrais vérifier avec vous si vous avez des questions en lien avec ce que vous avez lu dans le formulaire de consentement *[réponses et clarifications, au besoin]*. Ne vous gênez pas pour poser des questions tout au long de l'entretien s'il y a des éléments qui vous apparaissent moins clairs, ou pour demander une pause si vous en ressentez le besoin, ou si vous avez des soins à donner à votre bébé. Je tiens à vous redire que les données recueillies, comme c'est expliqué dans le formulaire de consentement, resteront confidentielles. Ni votre accompagnante postnatale, ni la responsable de l'organisme, ni les directeurs de la recherche n'auront accès à des données permettant de vous identifier.

Je vais maintenant vous poser des questions spécifiques sur votre expérience d'accompagnement postnatal. Fort probablement que votre expérience dépasse largement les questions que je vais vous poser, mais pour les besoins de la recherche je vais vous ramener à ces questions précises. Ne vous surprenez pas si je vous arrête à quelques reprises pour vous poser une question, afin de m'assurer que je comprends bien ce que vous me dites, ou afin de vous ramener vers les thèmes de recherche au besoin. Je vous invite à répondre librement, et tant que je ne vous arrête pas, vous pouvez continuer comme vous le faites. Je vous demande de ne pas dire le prénom ou nom de votre accompagnante postnatale. Dites plutôt « mon accompagnante postnatale ». Si jamais vous vous échappez, ce n'est pas grave, mais essayez le plus possible de ne pas nommer son nom, par souci de confidentialité.

Maintenant, je vais vous demander quelque chose d'un peu difficile, de retourner dans le passé à partir du moment où votre bébé est né. Essayez de vous rappeler comment c'était quand vous avez eu votre bébé.

Questions d'entretien

Le contexte entourant le début de l'accompagnement postnatal, les symptômes anxieux des participantes et les demandes de soutien qui en découlent

1. Si vous repensez à la période que vous avez vécue entre l'arrivée de votre bébé et le début de votre accompagnement postnatal, parlez-moi en général de votre état et de vos sentiments par rapport à votre rôle de mère durant cette période?

- 1.1. Quelles étaient vos préoccupations?

[Les sous-questions peuvent permettre d'explorer des aspects précis de l'objet de recherche et d'inviter la participante à élaborer davantage. Si le discours de la participante bifurque de l'objet de recherche : « je me permets de vous arrêter tout de suite, ma question est plus dans le sens de... », puis reformuler la question un peu autrement.]

2. Parlez-moi des demandes que vous avez faites à votre accompagnante postnatale en lien avec vos sentiments et vos préoccupations.

3. Qu'est-ce qui vous a décidé précisément à commencer un accompagnement postnatal?
 - 3.1. Quelle a été votre propre motivation?
4. Dites-moi comment se sont créés le contact et le lien avec votre accompagnante postnatale.
 - 4.1. Parlez-moi du premier contact avec votre accompagnante postnatale.
 - 4.2. Dites-moi comment vous vous êtes sentie en confiance ou non avec votre accompagnante postnatale.
 - 4.2.1. Décrivez-moi plus en détail le climat des rencontres.
 - 4.2.2. Avez-vous des exemples?

Les caractéristiques et interventions des accompagnante postnatales ainsi que les impacts sur les symptômes anxieux et sur les demandes de soutien des participantes

5. De façon un peu plus précise, selon vous, y a-t-il des caractéristiques de votre accompagnante postnatale qui ont eu un impact sur vos préoccupations ou sur votre insécurité après la naissance de votre bébé? J'entends par caractéristiques de votre accompagnante postnatale, par exemple sa façon d'être, sa personnalité, etc.
 - 5.1. Est-ce qu'il y a des caractéristiques, des attitudes, des façons d'être de votre accompagnante postnatale qui ont pu favoriser une diminution de vos préoccupations ou de votre insécurité?
 - 5.1.1. Si oui, comment?
 - 5.1.2. Avez-vous des exemples?
 - 5.2. Au cas où cela aurait pu se produire, est-ce qu'il y a des caractéristiques, des attitudes, des façons d'être de votre accompagnante postnatale qui ont pu favoriser une augmentation de vos préoccupations ou de votre insécurité?
 - 5.2.1. Si oui, comment?
 - 5.2.2. Avez-vous des exemples?
6. Quelles sont les interventions de votre accompagnante postnatale qui ont eu un impact sur vos craintes ou votre stress?
 - 6.1. Est-ce que vous avez modifié certaines de vos demandes de soutien suite à des interventions de votre accompagnante postnatale?
 - 6.1.1. Avez-vous des exemples?

6.2. Est-ce qu'il y a des interventions qui ont aidé à gérer et/ou apaiser vos craintes ou votre stress? Si oui, avez-vous des exemples?

6.2.1. Pouvez-vous me parler un peu plus de l'impact que cette intervention a eu sur vous?

- a. Avez-vous remarqué un impact sur vos *émotions*? Est-ce que vous avez remarqué un changement de votre humeur? Par exemple, au niveau de l'irritabilité, de la nervosité, etc.?
- b. Avez-vous remarqué un impact sur vos *pensées*? Est-ce que vous avez remarqué que certaines inquiétudes ont disparu ou se sont modifiées?
- c. Avez-vous remarqué un impact sur votre *état physique*? Y a-t-il des tensions dans votre corps qui ont diminué?

6.3. Est-ce qu'il y a des interventions qui ont fait augmenter vos craintes ou votre stress? Si oui, avez-vous des exemples?

6.3.1. Pouvez-vous me parler un peu plus de l'impact que cette intervention a eu sur vous?

- a. Avez-vous remarqué un impact sur vos *émotions*? Est-ce que vous avez remarqué un changement de votre humeur? Par exemple, au niveau de l'irritabilité, de la nervosité, etc.?
- b. Avez-vous remarqué un impact sur vos *pensées*? Est-ce que vous avez remarqué que certaines inquiétudes se sont modifiées?
- c. Avez-vous remarqué un impact sur votre *état physique*? Y a-t-il des tensions dans votre corps qui ont augmenté?

Les caractéristiques des participantes et de leur contexte qui leur ont permis de bénéficier de l'aide des accompagnantes postnatales

7. Quelles sont vos qualités et vos valeurs, selon vous, qui ont fait que vous ayez pu bénéficier de l'accompagnement de votre accompagnante postnatale?

7.1. Comment cette caractéristique [*la nommer*] vous a-t-elle permis de mieux bénéficier de l'accompagnement de votre accompagnante postnatale?

7.2. Si vous n'aviez pas eu cette caractéristique [*la nommer*], qu'est-ce qui aurait fait que vous auriez moins pu bénéficier de votre accompagnement?

8. Comment décririez-vous votre engagement dans l'expérience d'accompagnement postnatal?

- 8.1. Comment décririez-vous l'impact de votre engagement sur votre accompagnement postnatal?
- 8.2. Est-ce que la façon dont vous vous êtes engagée dans votre accompagnement postnatal a pu influencer vos inquiétudes ou votre stress? Pourquoi selon vous?
- 9. Est-ce qu'il y a eu des éléments de votre contexte de vie depuis la naissance de votre bébé ou des caractéristiques de votre entourage qui ont pu interférer ou influencer votre expérience d'accompagnement postnatal?
 - 9.1. Comment *[nommer l'élément en question]* a pu influencer vos craintes en lien avec l'accompagnement postnatal? Pourquoi selon vous?

Les caractéristiques de la dynamique relationnelle de l'équipe composée de la mère et de son accompagnante postnatale, ainsi que l'impact sur les symptômes anxieux et les demandes de soutien des participantes

- 10. Parlez-moi de vos sentiments par rapport à votre accompagnante postnatale.
- 11. Si vous pensez à la relation que vous avez eue avec votre accompagnante postnatale dans son ensemble, comment la décririez-vous en quelques mots ou avec une image?
- 12. Avez-vous l'impression d'avoir fait équipe avec votre accompagnante postnatale pour la gestion de vos craintes en lien avec l'arrivée de votre bébé?
 - 12.1. Si oui, comment qualifieriez-vous cette équipe?
 - 12.1.1. De quelle manière avez-vous fait équipe, vous et votre accompagnante postnatale au sujet de vos craintes?
 - 12.1.2. Qu'est-ce qui vous fait dire que vous avez été en équipe votre accompagnante postnatale et vous?
 - 12.2. Avez-vous l'impression que cette équipe *[reprendre le qualificatif nommé par la mère]* que vous formiez a pu influencer vos demandes de soutien et l'état de vos craintes?
 - 12.2.1. Est-ce que cette équipe que vous formiez a pu permettre de diminuer vos craintes ou votre stress? Comment?
 - 12.2.2. Est-ce que cette équipe que vous formiez a fait augmenter votre crainte ou votre stress? Comment?
 - 12.2.3. *[Si le vécu anxieux a augmenté ou est resté pareil]* De quoi pensez-vous que vous auriez eu besoin pour que vos craintes et votre stress diminuent?

Les types de soutien que les participantes ont reçu des accompagnantes postnatales en lien avec leurs symptômes anxieux

13. Comment décririez-vous le soutien que vous avez reçu de votre accompagnante postnatale en lien avec votre stress ou vos inquiétudes?
 - 13.1. Est-ce que vous avez eu le sentiment d’être soutenue au niveau de vos émotions par votre accompagnante postnatale?
 - 13.1.1. Comment?
 - 13.1.2. Avez-vous vous été soutenue dans votre insécurité ou vos peurs?
 - 13.1.3. Avez-vous des exemples?
 - 13.2. Est-ce que vous avez eu le sentiment d’être soutenue au niveau de votre estime par votre accompagnante postnatale en lien avec votre rôle de mère?
 - 13.2.1. Comment?
 - 13.2.2. Avez-vous des exemples?
 - 13.3. Est-ce que vous considérez avoir reçu de la part de votre accompagnante postnatale du soutien pour les questionnements que vous aviez et pour mieux comprendre ce que vous viviez en lien avec votre bébé?
 - 13.3.1. Comment?
 - 13.3.2. Avez-vous été soutenue au niveau de vos inquiétudes?
 - 13.3.3. Avez-vous des exemples?
 - 13.4. Qu’est-ce que votre accompagnante postnatale a fait concrètement pour vous soutenir sur le plan pratique ou matériel?
 - 13.4.1. Avez-vous des exemples?

Une vue d’ensemble du chemin parcouru par les participantes sur le plan de la gestion de leurs symptômes anxieux

14. En pensant à l’ensemble de votre expérience d’accompagnement postnatal, parlez-moi de ce qui a été le plus significatif.
15. En portant un regard sur l’ensemble de votre accompagnement postnatal, décrivez-moi le chemin que vous avez fait au niveau de la gestion de vos craintes et de vos insécurités en lien avec votre rôle de mère, selon vous.
16. Est-ce que vos demandes de soutien par rapport à votre rôle de mère seraient différentes maintenant? Si oui, comment?

17. Quelles différences pensez-vous que cela a fait pour vous d'avoir reçu un accompagnement postnatal?

Terminaison de l'entrevue

Je vous remercie énormément d'avoir donné de votre temps à cette étude sur l'accompagnement postnatal. Avez-vous des commentaires sur le déroulement de l'entrevue ou sur les questions qui vous ont été posées? Souhaitez-vous avoir des références de ressources qui pourraient vous être utiles si jamais vous en ressentiez le besoin? *[Si oui, référer au formulaire de consentement]*
Merci et je vous souhaite une bonne suite avec votre bébé.

Appendice I

Formulaire de confidentialité pour l'assistante de recherche

Formulaire de confidentialité pour l'assistante de recherche

Type de recherche

Mémoire doctoral intitulé « Expérience de la mère de recevoir un accompagnement postnatal en contexte d'anxiété associée à cette période ».

Responsable de l'étude

Manouanne Hamel Boisclair, doctorante en psychologie clinique, est la personne responsable de cette étude (x@USherbrooke.ca). Madame Marie Papineau, Ph. D, professeure au département de psychologie de l'Université de Sherbrooke, en assure pour sa part, la direction (x@USherbrooke.ca).

Modalités liées à la confidentialité

Pour être admissible à participer à la présente étude en tant qu'assistante de recherche pour la codification des données, certaines conditions s'appliquent :

1. Vous ne devez pas connaître personnellement de mères ayant reçu un accompagnement postnatal offert par les organismes « Accompagnante postnatale Tendresse de l'Estrie » ou « Alternative Naissance » au cours de la dernière année, ni d'accompagnantes postnatales ayant offert leurs services dans ces organismes au cours de la dernière année.
2. Vous devez vous engager à respecter la confidentialité des données de la présente recherche. Ainsi, vous vous assurerez de travailler dans un endroit privé et, en aucun cas, vous ne divulguez des informations contenues dans les documents confidentiels auxquels vous aurez accès pour réaliser la transcription ou la codification. Vous protégerez les données numériques par un mot de passe gérant l'accès à celles-ci. Finalement, lorsque votre tâche de codification sera terminée, vous détruirez les documents concernés.

Je, _____ (*nom en lettres moulées*), déclare avoir lu et compris ce formulaire. Par la présente, je m'engage à respecter la confidentialité des données de la présente étude dans le cadre de mon travail d'assistante de recherche, en remplissant les conditions précédemment énoncées.

Signature de l'assistante de recherche : _____

Signature de la responsable du projet : _____

Signé à _____, le _____ 20_____

Appendice J

Équations, calculs et résultats du processus d'accord inter-juges

Équations, calculs et résultats du processus d'accord inter-juges

1. Équation et résultat du calcul du taux d'accord

$$\frac{\text{Nombre d'accords}}{\text{Nombre d'accords} + \text{Nombre de désaccords}} = \frac{23}{27} = 0,8518 = \mathbf{0,85}$$

Nombre d'accords + Nombre de désaccords 27

2. Équation du coefficient alpha de Krippendorff

$$\alpha = \frac{P_a - P_e}{1 - P_e}$$

où P_a = pourcentage pondéré de concordance

P_e = pourcentage pondéré de concordance liée à la chance

3. Grille de résultats du calcul du coefficient Alpha de Krippendorff au moyen du logiciel QDA Miner

Code	ACCORD ABSENT	ACCORD PRÉSENT	DÉSACCORD	ALPHA
Acceptation non jugeante des vécus	27	1	0	1
Aide concrète pour conjuguer soin des enfants et montagnes de tâches quotidiennes	26	2	0	1
Anticipation envahissante amplifiée du pire qui pourrait arriver	27	0	1	0

Apport riche d'informations ou pistes de solutions dans le respect du libre arbitre	27	0	1	0
Appréciation reliée à la création d'un espace de réflexion sur la vie familiale	27	1	0	1
Appréhension de perte de contrôle déboussolante dans la séquence des événements	26	1	1	0,785
Culpabilité déchirante de diviser sa disponibilité entre les besoins des enfants	27	1	0	1
Détresse dans son rôle de mère quant au retour au travail du conjoint	26	1	1	0,785
Doute fondamental douloureux de parvenir à être une bonne mère	27	1	0	1
Épuisement persistant pouvant affecter le bien-être systémique de la famille	25	1	2	0,635
Esseulement dans un éprouvé d'incompréhension de la part de l'entourage	26	2	0	1
Guidance éducative à la régulation des réactions des autres enfants	24	3	1	0,904
Jugement dépréciatif d'incompétence dans son rôle de mère relativement à des attentes	27	1	0	1
Manque d'arrimage ressenti entre les souhaits maternels et les interventions	25	2	1	0,871
Peine tourmentée reliée aux deuils collatéraux de ses besoins à elle	27	0	1	0
Peur viscérale de sombrer dans une puissante désorganisation physique et ou psychique	27	1	0	1
Ressenti accru de ses capacités comme mère au cours des relevailles	27	1	0	1
Solitude face à un entourage perçu peu en mesure d'offrir une aide ajustée	26	1	1	0,785
Stress devant les attentes d'un allaitement au sein	27	1	0	1
Valorisation des gestes constructifs posés par la mère envers son bébé	27	1	0	1
TOTAL	528	22	10	0,806

Alpha de Krippendorff = 0,81

Appendice K

Grille de catégorisation :
Accompagnement postnatal en contexte d'anxiété dans le devenir mère

Grille de catégorisation

ACCOMPAGNEMENT POSTNATAL EN CONTEXTE D'ANXIÉTÉ DANS LE DEVENIR MÈRE

A. BOULEVERSEMENT DE LA MÈRE RELIÉ À LA DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT POSTNATAL

La mère est bouleversée par différentes difficultés qu'elle expérimente durant la période postnatale et qui peuvent être sous-jacentes à la demande d'aide pour des relevailles.

A.1. Émergence d'anxiété sous plusieurs formes à la naissance du bébé

La mère ressent une montée de craintes pouvant prendre différentes teintes, par exemple la crainte d'incapacité, l'anticipation anxieuse ou l'angoisse viscérale.

A.1.1. Stupeur de se sentir démunie dans le savoir, le savoir-être ou le savoir-faire

La mère perçoit et ressent en elle une troublante insuffisance d'habiletés pour exercer son rôle de mère qui s'exprime par un ahurissement désemparé sur le plan du contact avec son bébé, des connaissances, ou des habiletés concrètes reliées à son rôle de mère.

A.1.1.1. Étonnement bouleversé de se découvrir non préparée psychologiquement

La mère vit un certain état de choc par rapport à la réalité de l'arrivée de son bébé, par exemple concernant ce qu'elle n'avait pas pu imaginer ou en rapport à des aspects de sa nouvelle situation pour lesquels elle ne se sent pas suffisamment prête.

A.1.1.2. Angoisse d'incompétence de la mère dépassée dans ses ressources actuelles

La mère prend conscience avec grande inquiétude de son manque actuel d'habiletés à s'occuper de tout pour son bébé et ses autres enfants, s'il y a lieu (p. ex., inquiétude de ne pas savoir comment faire avec son bébé, difficulté à se faire confiance dans ses décisions de mère).

A.1.2. Anticipation de l'incertitude inhérente à sa responsabilité de mère

La mère se sent responsable de la protection de son bébé et de ses autres enfants, s'il y a lieu, et elle vit de l'effroi face à l'imprévisibilité des situations éventuelles pouvant avoir un impact défavorable.

A.1.2.1. Appréhension de perte de contrôle dans la gestion du quotidien

La mère se sent dépassée par des expériences reliées à sa nouvelle maternité qui déboulent et bousculent la gestion de son quotidien (p. ex., inquiétude de ne pas arriver à accomplir la routine selon ses attentes).

A.1.2.2. Inquiétude envahissante amplifiée du pire qui pourrait arriver

La mère révèle que depuis qu'elle est mère, elle a remarqué se sentir davantage vulnérable devant l'inconnu et submergée d'inquiétudes difficilement contrôlables reliées à des situations dramatiques qui pourraient potentiellement survenir (p. ex., anxiété en pensant aux risques d'événements très insécurisants reliés à son prochain retour au travail).

A.1.2.3. Insécurité de réussir à subvenir matériellement aux besoins des enfants

La mère s'inquiète que la venue du nouveau bébé et que sa situation actuelle de précarité financière l'empêchent de bien répondre à des besoins concrets de son bébé ou de ses enfants.

A.1.2.4. Crainte de reproduire les manques affectifs de sa propre enfance

La mère se sent préoccupée alors qu'elle ne sait pas si elle arrivera à donner à son bébé ou à ses enfants, ce qu'elle rapporte ne pas avoir reçu au plan affectif et qu'elle souhaite pouvoir offrir.

A.1.3. État de surmenage inapaisé dans le corps et dans la psyché de la mère au quotidien

La mère se demande avec lassitude et préoccupation si elle va arriver à avoir les forces physiques ou intérieures pour assumer ou organiser au quotidien, comme elle le souhaite, des aspects de son rôle de mère.

A.1.3.1. Épuisement persistant ressenti avec détresse par la mère à bout de forces

La mère se sent submergée par l'intensité de sa fatigue physique ou émotionnelle qui l'afflige dans son contexte actuel.

A.1.3.2. Tourments reliés à des maux physiques limitatifs dans son quotidien de mère

La mère est préoccupée cognitivement et émotionnellement par des problèmes physiques relatifs à son propre corps ou à celui du bébé (p. ex., maux physiques empêchant la mère de faire certains mouvements de base, douleurs du bébé compliquant les soins donnés).

A.1.3.3. Vécu d'impuissance devant la dysrégulation répétée de la routine instaurée

La mère souffre de ne pas parvenir à maintenir une routine stable au quotidien avec son bébé ou ses enfants (p. ex., difficultés d'ajustement dans les changements d'horaire de la famille).

A.1.3.4. Désir tenace de la mère épuisée d'accomplir des tâches selon ses attentes

La mère en situation de grande fatigue tente de maîtriser des aspects concrets de son environnement et exprime une volonté marquée, par exemple, de réaliser ses tâches selon une façon de faire ou un horaire précis.

A.1.3.5. Perte de sa capacité de percevoir ce qui se passe bien à travers le difficile

La mère réalise confusément que dans son affolement, elle n'est plus en mesure de percevoir par elle-même les éléments de son quotidien qui ont du bon (p. ex., la mère nomme voir seulement les aspects pénibles de sa situation).

A.1.4. Ressenti puissant d'une frousse d'anéantissement de la mère

La mère confie vivre une grande peur alors qu'elle ressent en elle un potentiel de désorganisation importante éveillé par sa situation postnatale.

A.1.4.1. Peur viscérale de sombrer dans un profond écroulement physique ou psychique

La mère se sent extrêmement vulnérable sur le plan corporel ou intérieur et elle est prise de frayeur de voir ses ressources personnelles s'affaïsser devant son regard impuissant

(p. ex., effroi que sa fatigue extrême accentue, réactive ou crée une problématique de santé physique ou psychologique).

A.1.4.2. Désespérance poignante d'arriver à traverser les difficultés éprouvées

La mère vit un découragement engouffré dans un sentiment d'impasse à surmonter les obstacles vécus dans sa maternité actuelle (p. ex., moment de désespoir profond d'arriver à retrouver un bien-être dans sa situation de mère).

A.1.4.3. Angoisse de mort reliée au bébé éprouvée intensément par la mère

La mère ressent une terreur reliée au thème de la mort qui monte en elle et la fait trembler de tout son être, alors qu'elle se préoccupe du maintien de la vie de son bébé.

A.1.4.3. Perte de sens vécue au cœur des bouleversements

La mère ressent un vide de sens ou une incompréhension vertigineuse de ce qui se passe en elle au plan des sensations, des émotions ou des pensées.

A.1.4.4. Nécessité ressentie de retrouver un équilibre dans les rafales d'angoisse

La mère nomme son vif désir de lutter contre l'effet désorganisant de l'angoisse qui l'envahit dans le contexte de sa situation postnatale (p. ex., chercher à garder les idées claires malgré l'angoisse).

A.2. Déploiement de charges affectives dans le rapport à l'allaitement au sein

La mère entre en rapport avec l'allaitement de différentes façons qui peuvent être représentées sur un continuum, allant tantôt vers un pôle d'étrangeté de la situation, et tantôt vers un pôle de connexion primaire avec l'expérience d'allaitement.

A.2.1. État désemparé devant le geste immémoré de l'allaitement

La mère se trouve désorientée et en détresse quant à l'action d'allaiter, généralement préconçue comme allant de soi de façon innée, bien que la réalité des mères allaitantes puisse se passer tout autrement.

A.2.1.1. Anxiété reliée à la pression de l'attente d'un allaitement au sein

La mère se sent stressée et inquiète face aux exigences internes ou externes exercées sur elle à donner la meilleure nourriture à son bébé, reconnue comme étant le lait maternel (p. ex., peur de ne pas être à la hauteur des attentes concernant l'allaitement).

A.2.1.2. Incompréhension bouleversante que la tétée soit difficile

La mère relate une tentative infructueuse de mettre en sens la situation dans laquelle l'allaitement au sein ne se fait pas naturellement de façon fluide.

A.2.1.3. Désarroi de se trouver démunie dans ses tentatives d'allaiter

La mère contemple péniblement sa situation qui met en lumière ses limites actuelles relatives à l'allaitement au sein de son bébé (p. ex., ne pas produire suffisamment de lait).

A.2.1.4. Renoncement à l'allaitement au sein étant donné la détresse

La mère prend la décision d'arrêter l'allaitement au sein alors que la détresse suscitée dans ce processus prend davantage d'ampleur pour la mère que son désir de le

poursuivre (p. ex., découragement à conjuguer l'allaitement du bébé et le soin des autres enfants).

A.2.2. Contact primaire de la femme avec la mère allaitante en elle

La mère entre en résonance avec le geste d'allaiter, ce qui peut donner lieu à des émergences d'intuitions et de ressentis archaïques.

A.2.2.1. Intuition inquiète concernant une problématique d'allaitement

La mère rapporte une préoccupation concernant une problématique intuitionnée touchant l'allaitement au sein de son bébé.

A.2.2.2. Réactivation traumatique pour la mère et le bébé lors de la mise au sein

La mère et le bébé sont émotionnellement réactivés dans un vécu traumatique lors de la mise au sein (p. ex., angoisse vécue par la mère, hypervigilance du bébé lors de l'allaitement).

A.2.2.3. Ressenti fluide de dégagement d'émotions reliées à l'allaitement

La mère observe en elle un sentiment de libération, alors que des émotions reliées à l'allaitement se dénouent (p. ex., suite à une régulation émotionnelle ou à des ajustements concrets ayant aidé l'allaitement).

A.3. Préoccupations reliées à la disponibilité dans les relations familiales ou avec les proches

La mère rapporte vivre une tension inquiète au sujet de partager son attention entre les besoins de ses enfants et au sujet de la capacité de son entourage familial à être présent pour elle ou ses enfants de façon ajustée aux besoins.

A.3.1. Défi de concilier au quotidien les soins du bébé et ceux des autres enfants

La mère relate les difficultés qu'elle vit avec son nouveau bébé, en rapport à ses tentatives de diviser son attention privilégiée entre ses enfants ou en rapport à la gestion de plusieurs enfants.

A.3.1.1. Angoisse de séparation de la mère avec les autres enfants

La mère éprouve une détresse viscérale qui peut s'exprimer en conflit de loyauté, face à la nouvelle naissance qui la sépare, en quelque sorte, de l'aîné du bébé.

A.3.1.2. Culpabilité déchirante de diviser sa disponibilité entre les besoins des enfants

La mère exprime un sentiment de tiraillement relié à son désir insatisfait d'offrir à ses enfants davantage de disponibilité, alors qu'elle se trouve contrainte de diviser la qualité de son attention entre ses enfants.

A.3.1.3. Détresse aiguë dans la difficulté de gérer tous ses enfants à la fois

La mère se retrouve grandement dépassée dans ses limites personnelles et désemparée de cette situation, alors qu'elle doit conjuguer les soins et l'éducation de ses enfants, incluant son bébé.

A.3.2 Isolement éprouvé auprès de l'entourage familial ou amical immédiat

La mère exprime se sentir seule dans son rôle de mère avec un entourage qu'elle perçoit soit trop peu disponible, peu apte, ou peu conforme à ses attentes, pour pouvoir l'aider de façon satisfaisante.

A.3.2.1. Isolement face à un entourage perçu peu en mesure d'offrir une aide ajustée

La mère se sent seule dans un contexte général où l'entourage peut être perçu peu présent physiquement ou émotionnellement pour ses besoins (p. ex., peu ou pas de réseau social présent à proximité, vulnérabilité de l'entourage familial, conflits familiaux, l'aide possible ne reflète pas les façons de faire que la mère privilégie avec son bébé).

A.3.2.2. Détresse inquiète dans son rôle de mère quant au retour au travail du conjoint

La mère éprouve un état dysphorique anxieux relié à la fin du congé de paternité, sonnant le début d'une période où elle peut se retrouver à assumer davantage seule son rôle de parent. Il s'agit d'une situation spécifique relevant de la catégorie précédente, qui ressort des témoignages de façon à justifier qu'elle soit distinguée et mise en relief.

A.3.2.3. Esseulement dans un éprouvé d'incompréhension de la part de l'entourage

La mère porte ses préoccupations avec solitude, alors qu'elle ne se sent pas bien comprise dans ses besoins, ses souhaits ou ses inquiétudes par son entourage (p. ex., vécu de solitude alors que des craintes de la mère ne trouvent pas d'appui validant auprès de l'entourage).

A.3.2.4. Méfiance à confier les enfants à la famille perçue insuffisamment apte

La mère exprime une réticence et des enjeux de confiance et méfiance, pouvant parfois s'avérer non appuyés par son observation ultérieure, lorsqu'il s'agit de déléguer le soin de ses enfants à sa famille (p. ex., résistance à confier au conjoint plus d'un enfant à la fois).

A.4. Remous identitaires quant au sentiment et à la perception de soi

Il s'agit du vécu identitaire plus ou moins précaire, évoquant des pertes et des espérances dans les divers aspects d'elle-même, comme mère, femme, individu, en lien avec sa maternité telle que vécue actuellement.

A.4.1. Choc identitaire relié à l'identification de soi en tant que mère de son bébé

La mère éprouve une détresse à se reconnaître en soi comme mère de son bébé dans son contexte actuel ou éprouve un sentiment d'étrangeté de se relier à ce petit être en tant que mère. Par exemple, elle peut se sentir déconcertée par l'absence d'un sentiment d'être mère d'emblée avec son bébé, par une représentation diffuse d'elle-même comme mère, ou par une ambivalence à accueillir son bébé étant donné ce que cette naissance implique pour elle.

A.4.2. Mise en veilleuse de parts de soi pourtant importantes

La mère aborde le sentiment de se mettre de côté comme femme et individu, au profit de son rôle de mère, de sorte qu'elle en éprouve une détresse sur le plan identitaire.

A.4.2.1. Peine tourmentée reliée aux deuils collatéraux de ses propres besoins

La mère souffre avec chagrin d'être restreinte par son contexte postnatal ou de se restreindre elle-même dans ses possibilités de prendre soin de ses besoins à elle (p. ex., tristesse de ne plus faire d'activités pour elle ou de manquer d'énergie pour rencontrer des amis).

A.4.2.2. État de perte de contact avec son identité engloutie dans son rôle de mère

La mère évoque un constat douloureux de se perdre de vue comme femme et individu, affairée depuis longtemps dans son rôle de mère, rôle qui semble avoir envahi pour le moment le reste de son identité (p. ex., se surprendre à ne plus se souvenir de sa profession).

A.4.3. Réaction d'auto-invalidation envers son vécu en tant que mère

La mère expérimente une résistance à accepter une part de son expérience postnatale. Elle se blâme ou expérimente d'autres formes d'invalidation envers elle-même, par exemple sur le plan des émotions vécues ou de ses capacités actuelles.

A.4.3.1. Refus coupable chargé de reproches d'éprouver des affects difficiles

La mère critique ses sentiments négatifs qu'elle a du mal à tolérer, en imaginant qu'elle devrait ressentir autre chose envers son bébé ou ses enfants (p. ex., culpabilité et reproches envers elle-même reliés à des ressentis ambivalents envers son bébé).

A.4.3.2. Jugement dépréciatif d'incompétence dans son rôle de mère relativement à des attentes

La mère s'inflige un jugement de valeur dépréciatif découlant d'une non-atteinte d'attentes internes ou externes (p. ex., se critiquer de ne pas être capable de rencontrer une exigence reliée à son rôle).

A.4.3.3. Doute fondamental douloureux de parvenir à être une bonne mère

La mère exprime un profond ressenti de doute d'avoir ce qu'il faut en elle pour être une « bonne maman » selon les représentations qu'elle s'en fait.

A.4.4. Bourgeons de protection identitaire face aux bouleversements

La mère aborde des attitudes, de sa part et de la part de son entourage immédiat, porteuses d'un processus de revalidation pour elle-même dans son rôle envers son bébé ou ses enfants.

A.4.4.1. Prise de conscience d'intériorisation dépréciative issue de son entourage

La mère reconnaît souffrir d'avoir fait siennes des perceptions négatives concernant sa façon ou sa capacité d'être mère, qu'elle cible comme étant issues de son environnement (p. ex., provenant de critiques concernant ses choix de mère ou d'attentes sociales ne cadrant pas avec sa réalité).

A.4.4.2. Désir chargé d'émotions de métamorphoser les dynamiques familiales apprises

La mère exprime une volonté de se soustraire ou se différencier de la façon d'être mère transmise par sa famille, en s'appropriant sa propre façon d'être mère, afin que celle-ci reflète qui elle est comme individu et ce qui est important pour elle (p. ex., ce désir peut être vécu comme réparateur ou teinté de tristesse reliée à de l'incompréhension).

A.4.4.3. Attitude empathique de l'entourage envers ses besoins identitaires

La mère rapporte une façon d'être ou des paroles bienveillantes de la part de son entourage qui cherchent à prendre soin de son identité en mouvance, par exemple en offrant un discours limitant l'impact accablant des reproches que la mère peut recevoir de son environnement ou se faire à elle-même (p. ex., encouragement donné à la mère pour qu'elle fasse confiance à ses propres choix).

B. QUALITÉ DE LA RELATION ENTRE LA MÈRE ET LES RELEVAILLES

La mère rapporte en nuances des vécus à propos de son lien avec son accompagnante postnatale, et plus largement, avec l'organisation communautaire et sociétale de laquelle est issu l'accompagnement reçu.

B.1. Trame narrative du lien ressenti par la mère avec son accompagnante

La mère aborde, en sensibilité, le cheminement du rapport relationnel entre elle et son accompagnante, du début à la fin des relevailles.

B.1.1. Vécu maternel en lien avec le début de l'accompagnement

La mère parle de son expérience du commencement du service des relevailles, alors qu'émergent en elle des enjeux reliés aux premiers contacts avec l'accompagnante en contexte de demande d'aide.

B.1.1.1. Demande d'aide chargée d'attentes et de façons d'y répondre

La mère prend contact avec l'accompagnante en étant habitée par des représentations d'attentes qu'elle se fait relativement à sa demande d'aide, et alors que ces perceptions ne sont pas encore modulées par la relation d'accompagnement.

B.1.1.2. Vécu de honte d'avouer son besoin d'aide dans son rôle de mère

La mère rapporte vivre un malaise sur le plan de l'estime de soi en lien avec le geste de demander de l'aide dans le contexte du début de son accompagnement, ce qu'elle peut percevoir par exemple comme une faiblesse.

B.1.1.3. Gêne initiale teintée d'une difficulté à clarifier ses besoins ou ses demandes

La mère ressent un embarras de faire des demandes à l'accompagnante, alors que ses besoins peuvent lui paraître confus ou conflictuels au début des relevailles.

B.1.1.4. Étonnement ému de recevoir autant de bienveillance d'une inconnue

La mère prend conscience avec surprise du don de soi de l'accompagnante, qui était au départ une étrangère et elle se sent touchée au cœur de recevoir ce prendre soin.

B.1.1.5. Crainte de la mère d'être désinvestie par ses enfants au profit de l'accompagnante

La mère éprouve une inquiétude abandonnique que ses enfants s'attachent tellement à l'accompagnante, que leur attachement envers elle comme mère lui soit révoqué, alors qu'elle peut par exemple se percevoir comme moins bonne que l'accompagnante.

B.1.2. Vécu maternel de l'essentiel du lien au cœur de l'accompagnement

La mère décrit, en quelques portraits tirés des témoignages, plusieurs éléments révélateurs de la présence d'un lien relationnel entre elle et l'accompagnante.

B.1.2.1 Descriptif sensible des éléments d'un lien suffisamment bon avec l'accompagnante

La mère décrit plusieurs éléments de ce qui contribue, pour elle, à un lien suffisamment bon avec son accompagnante.

B.1.2.1.1. Confiance comme fondement pour s'en remettre avec vulnérabilité à l'accompagnante

La mère exprime que son sentiment de confiance envers son accompagnante lui permet de s'ouvrir à être en relation d'aide, alors qu'elle se sent très fragile (p. ex., confiance suffisamment présente pour confier ses enfants à l'accompagnante ou pour exprimer des aspects sensibles de son vécu de mère).

B.1.2.1.2. Écoute réceptive bâtissant le lien entre l'accompagnante et la mère

La mère cible que le lien s'est tissé dans l'ouverture de l'écoute mutuelle, dans le sens où l'accompagnante reçoit avec disponibilité les témoignages qui lui sont communiqués par la mère, et que la mère est disposée à entendre les rétroactions de l'accompagnante.

B.1.2.1.3. Respect du processus appartenant à la mère avec son rythme et ses résistances

La mère aborde l'importance de se sentir respectée par l'accompagnante dans son processus relatif à son rôle de mère, incluant par exemple ses particularités, son rythme et ses inconforts.

B.1.2.1.4. Attachement empreint d'affection façonné dans la traversée de moments difficiles

La mère décrit un lien chaleureux entre elle et son accompagnante, tissé dans le vécu de ses épreuves au cours de la période des relevailles et pouvant prendre une couleur un peu différente pour chacune d'entre elles.

B.1.2.1.5. Partenariat permettant de prendre soin avec complicité du mieux-être de la mère

La mère exprime que l'association entre elle et son accompagnante s'appuie sur une volonté commune d'aider la mère à trouver du bien-être dans un nouvel équilibre, suite à l'arrivée du bébé.

B.1.2.1.6. Accord harmonieux d'ingrédients en affinité et complémentarité

La mère nomme le sentiment d'un bon arrimage entre elle et son accompagnante, alors que les besoins postnataux de la mère reliés aux relevailles, peuvent être comblés dans la dyade en affinités ou en complémentarité (p. ex., calme de l'accompagnante devant l'anxiété de la mère).

B.1.2.2. Relation symbolique puissante en termes de mère à mère avec l'accompagnante

La mère réfère à une trame de sens et de vécu affectif, qui colore sa relation avec son accompagnante et qui dépasse ce lien spécifique. Cette trame symbolique tend à s'insérer dans l'histoire relationnelle de la mère. Elle peut s'exprimer dans des

associations sensibles et dans une intensité émotionnelle (p. ex., ressenti d'avoir trouvé une mère ou une sœur au plan symbolique en la personne de l'accompagnante).

B.1.3 Vécu maternel relié à la fin d'un accompagnement nourricier

La mère aborde son vécu éveillé par la terminaison d'un accompagnement postnatal ressenti comme ayant été globalement bon pour elle.

B.1.3.1. Gratitude profonde quant à l'aide sensible reçue en période de grands besoins
La mère exprime une reconnaissance et est très touchée d'avoir autant reçu durant l'accompagnement, alors qu'elle en avait vraiment besoin.

B.1.3.2. Panique d'avoir à se débrouiller sans l'aide salvatrice de l'accompagnante
La mère rapporte un moment vécu de vive inquiétude de se retrouver démunie sans la présence hebdomadaire de l'accompagnante aux relevailles.

B.1.3.3. Sentiment d'être capable de symboliquement lâcher la main de l'accompagnante
La mère se reconnaît des ressources intérieures suffisantes pour se sentir apte à continuer son rôle de mère sans l'aide de l'accompagnante aux relevailles.

B.1.3.4. Sensibilité à la réaction de l'accompagnante envers la terminaison
La mère rapporte avoir porté attention à la réaction de l'accompagnante relativement à la fin de l'accompagnement (p. ex., attendrissement de la mère face à l'expression émue réciproque).

B.1.4. Épilogue du lien avec l'accompagnante après les relevailles

La mère aborde comment elle perçoit et vit le lien postaccompagnement avec l'accompagnante.

B.1.4.1. Rupture abrupte de la relation dans un arrêt de communication
La mère rapporte que la relation s'est terminée d'un coup, en même temps que l'accompagnement (p. ex., peine abandonnique que l'accompagnante ait choisi de clore le contact avec elle).

B.1.4.2. Lien de bienveillance maintenu concrètement dans le temps
La mère rapporte que la relation entre elle et son accompagnante s'est, d'une certaine manière, continuée de façon occasionnelle après l'accompagnement (p. ex., contact maintenu dans le temps par des courriels occasionnels empreints d'affection).

B.2. Écueils entre la mère et l'accompagnante tels que ressentis par la mère

La mère aborde des vécus difficiles pour elle dans sa relation avec l'accompagnante durant les relevailles.

B.2.1. Inconfort stressant pour la mère dans un contact discordant avec l'accompagnante

La mère décrit une difficulté ou une incapacité à ce que son accompagnante et elle se rejoignent sur le plan de la réponse à certains besoins durant les relevailles ou sur le plan du lien relationnel entre elles durant les relevailles.

B.2.1.1. Manque d'arrimage ressenti entre les souhaits maternels et les interventions

La mère mentionne un vécu de malaise face à des interventions de l'accompagnante qu'elle ressent peu ajustées à ses attentes ou besoins actuels (p. ex., la mère n'ose pas faire certaines demandes et se retrouve stressée en regard d'attentes non exprimées, l'accompagnante ne va pas dans le sens d'une stratégie d'adaptation qui sécurise la mère, l'accompagnante donne des conseils qui indisposent la mère).

B.2.1.2. Absence de connexion émotionnelle ressentie lors de partage de son vécu

La mère évoque la perception et le sentiment de peu de présence émotionnelle et de peu d'accueil de la part de l'accompagnante envers elle (p. ex., la mère ne se sent pas écoutée dans son émotion).

B.2.2. Éprouvé de contrainte à se conformer aux recommandations

La mère se sent tiraillée dans le contact avec son accompagnante, alors qu'elle perçoit une insistance intrusive venant de celle-ci à suivre ses conseils (p. ex., perception ambivalente de l'aide reçue ressentie comme étant contraignante).

B.2.3. Indignation suscitée par des interventions de l'accompagnante

La mère ressent une blessure à son estime de soi à la suite de remarques de l'accompagnante, vécues comme une atteinte à la représentation positive d'elle-même comme personne et comme mère (p. ex., reflet fait par l'accompagnante, en rapport à des compétences déficitaires de la mère, perçu par la mère comme étant non empathique).

B.3. Rapport de la mère avec les relevailles comme organisation communautaire

La mère aborde son expérience avec l'organisme et parle du service des relevailles en regard d'une vision personnelle ou sociétale.

B.3.1. Vécu de la mère en relation avec l'organisme offrant l'accompagnement

La mère rapporte son vécu avec l'organisme communautaire offrant le service de soutien postnatal.

B.3.1.1. Réconfort lors de réponses ajustées de l'organisme aux besoins exprimés

La mère rapporte un vécu positif par rapport à l'organisme duquel elle s'est sentie considérée dans ses besoins nommés. Il peut s'agir, par exemple, d'une réponse en lien avec une urgence exprimée, d'une perception de sensibilité dans la réponse à sa demande d'aide ou d'une réponse, toujours de l'organisme, en lien avec des inconforts vécus au cours de l'accompagnement.

B.3.1.2. Ambivalence à continuer de recevoir l'aide offerte par les relevailles

La mère exprime un malaise avec le fait de continuer à utiliser le service des relevailles, par exemple, en lien avec des aspects de l'accompagnement ou en lien avec sa perception d'elle-même comme mère recevant de l'aide (p. ex., culpabilité de prendre trop longtemps la place d'une autre mère davantage en besoin, crainte d'être perçue comme abusant du service de relevailles).

B.3.1.3. Émotion forte d'être redevable envers l'aide salvatrice de l'organisme

La mère exprime un puissant élan de redonner à l'organisme lorsqu'elle le pourra (p. ex., exprimer le désir de devenir éventuellement une accompagnante postnatale à son tour afin de donner à l'organisme et à d'autres mères).

B.3.2. Sens sociétal des relevailles dans un esprit de communauté entre mères

La mère partage sa vision du service des relevailles en se basant sur son expérience personnelle et aussi en la dépassant dans une réflexion sur le rôle sociétal de celui-ci.

B.3.2.1. Émergence de questionnement communautaire quant au soutien postnatal

La mère se questionne, à partir de sa propre expérience, sur la place des relevailles dans la société. Elle peut, par exemple, aborder l'accès ou les préjugés reliés aux ressources postnatales actuelles, les différences culturelles et historiques à propos des coutumes reliées au postnatal en les mettant en lien avec certains besoins.

B.3.2.2. Transmission sensible de l'expérience d'une mère qui donne à la suivante

La mère évoque la passation d'un savoir riche et rassurant, puisant dans le terreau d'un élan de prendre soin et de générativité au sein d'une communauté de mères.

B.3.2.3. Appartenance investie dans une entraide communautaire entre mères

La mère nomme se sentir non seulement bénéficiaire des relevailles, mais également reliée à un réseau d'organismes de solidarité humaine dans lequel elle peut elle aussi donner (p. ex., aller porter des vêtements de bébé devenus trop petits à un organisme).

B.3.2.4. Filet de sécurité pour la mère qui traverse une période de vulnérabilité

La mère décrit le rôle des relevailles comme un facteur important de protection, alors qu'elle se retrouve en situation de fragilité durant sa période postnatale, avec tous les bouleversements reliés à la naissance de son bébé.

B.3.2.5. Expérience réparatrice d'un besoin non répondu de soutien relié à l'accouchement

La mère évoque les « ratés » du système dans lequel elle a accouché ainsi que l'importance de l'aspect réparateur des relevailles sur le plan d'un besoin d'accompagnement adapté au contexte actuel de la mère.

B.3.2.6. Processus de formation continue impliquant l'humilité d'apprendre à être mère

La mère reconnaît consentir à endosser un rôle d'apprenante en s'engageant dans les relevailles, perçues ici comme communauté d'apprentissage pour faire grandir les compétences reliées au rôle de mère, dans un principe similaire à de la formation continue.

C. INGRÉDIENTS AIDANTS DE L'ACCOMPAGNEMENT POSTNATAL RELEVÉS PAR LA MÈRE

L'accompagnante aide la mère en s'appuyant sur différentes façons d'être et de faire, pouvant être des sources significatives de soutien pour la mère, en regard son vécu d'anxiété postnatale et d'un ensemble de besoins exprimés.

C.1. Façons d'être de l'accompagnante perçues comme apaisantes

L'accompagnante déploie différentes dispositions intérieures perçues par la mère comme étant pour elle source d'apaisement en période postnatale.

C.1.1. Calme profond émanant en douceur de l'accompagnante

L'accompagnante dégage un grand calme régulé sur le plan émotionnel, aidant ainsi la mère à se déposer dans une douce quiétude.

C.1.2. Sollicitude très attentive au vécu de la mère

L'accompagnante porte en elle une inclinaison généreuse à donner d'elle-même en se souciant avec attention de la mère et de sa famille (p. ex., elle s'intéresse à leurs vécus, leurs attentes, leurs besoins, leurs espoirs).

C.1.3. Disposition à manifester une compréhension respectueuse

L'accompagnante montre une considération respectueuse envers la mère ou sa famille, en se gardant bien d'entrer dans les jugements de valeur, favorisant ainsi une détente (p. ex., envers les inquiétudes ou les choix de la mère).

C.1.4. Disponibilité souple en regard des besoins de la mère

L'accompagnante démontre une attitude propice à l'adaptation de son offre d'aide en fonction des besoins exprimés ou intuitionnés (p. ex., malléabilité des disponibilités de l'accompagnante tenant compte de l'horaire de la mère).

C.1.5. Optimisme joyeux tel un baume pour les tensions éprouvées

L'accompagnante exprime une attitude positive agissant comme une infusion d'espoir heureux détendant la mère (p. ex., bonne humeur contagieuse).

C.2. Façons de faire de l'accompagnante perçues soutenantes

L'accompagnante offre du soutien dans des gestes concrets qui ressortent bénéfiques pour la mère dans l'accompagnement postnatal qui lui est apporté.

C.2.1. Contribution élargie à la vie familiale

L'accompagnante prête main-forte sur le plan systémique et concret de la famille. Il peut s'agir, entre autres, d'offrir un relai auprès du bébé, de montrer à la mère des habiletés concernant les soins du bébé et de soutenir la mère dans la gestion de l'ensemble de ses enfants.

C.2.1.1. Assistance réconfortante aux soins multiples du bébé

L'accompagnante appuie concrètement et affectivement la mère dans l'apprentissage des soins de son bébé et dans la réponse aux différents besoins de celui-ci.

C.2.1.1.1. Relai offert à la mère par l'accompagnante pour s'occuper du bébé

L'accompagnante offre un répit à la mère en assurant, pour un temps, sa vigilance auprès du bébé quant à ses besoins et son bien-être (p. ex., surveiller l'hydratation du bébé, veiller sur le bébé pendant que la mère fait autre chose).

C.2.1.1.2. Renfort à l'apprentissage des soins développementaux du bébé

L'accompagnante aide la mère à se familiariser et prodiguer certains soins de base au bébé pour son bien-être et son développement, ce qui sécurise celle-ci (p. ex., assister le premier bain ou la première fois avec le mouche bébé). Il peut aussi s'agir d'apprendre de nouvelles façons de donner des soins au bébé.

C.2.1.2. Participation à l'organisation et la régulation de la vie familiale

L'accompagnante épaula la mère dans la gestion systémique fonctionnelle du quotidien de sa famille.

C.2.1.2.1. Aide concrète pour conjuguer le soin des enfants et les tâches quotidiennes
L'accompagnante encourage la mère en l'aidant à avancer certaines tâches ou en s'occupant du bébé ou des autres enfants.

C.2.1.2.2. Proposition de nombreux trucs organisationnels quotidiens pour la famille
L'accompagnante suggère des idées pour faciliter la gestion du quotidien avec le bébé et les autres enfants s'il y a lieu (p. ex., proposer à la mère de libérer du temps en déléguant certaines activités au conjoint ou en fonctionnant par priorisation).

C.2.1.2.3. Guidance éducative à la régulation des réactions des autres enfants
L'accompagnante conseille pas à pas la mère relativement à des comportements de la fratrie reliés à la présence du bébé. Elle peut appuyer concrètement la mère dans certaines interventions (p. ex., accompagner la mère dans des moments de transition avec les enfants) et proposer des interventions éducatives à essayer, selon les besoins exprimés.

C.2.1.2.4. Apport ponctuel d'objets dont la famille manifeste le besoin
L'accompagnante peut occasionnellement apporter, de sa propre initiative, des fournitures utiles au fonctionnement du quotidien dans l'objectif de dégager la mère d'un surplus de stress financier (p. ex., accès à des jouets via un organisme, apporter des fournitures domestiques).

C.2.1.3. Coup de pouce pour la régulation émotionnelle reliée aux relations familiales
L'accompagnante apporte une aide occasionnelle pour la gestion du vécu postnatal relié aux relations familiales, qui peut être chargé de beaucoup d'affects et de perceptions différentes.

C.2.1.3.1. Écoute respectueuse des besoins de la mère relatifs à son entourage familial
L'accompagnante aide la mère à clarifier, reconnaître et respecter ses besoins en lien avec les membres de sa famille immédiate ou élargie (p. ex., écoute préliminaire de sujets sensibles à discuter avec l'entourage familial, appui pour clarifier les demandes d'aide adressées à la famille).

C.2.1.3.2. Pare-étincelles régulant en regard de remarques issues de la famille
L'accompagnante agit comme intermédiaire venant pondérer, notamment par son écoute, les critiques ou commentaires reçus comme tels par la mère (p. ex., proposer la mise en place de paroles valorisantes dans la communication avec l'entourage).

C.2.1.3.3. Création d'un espace dégagé des enjeux activés dans la famille
L'accompagnante peut soutenir une prise de recul de la mère par rapport aux enjeux familiaux, de par sa posture, d'une certaine manière, dégagée de ceux-ci.

C.2.1.4. Facilitation du rapport aux ressources externes pour la mère
L'accompagnante peut offrir à la mère des références personnalisées reliées aux besoins de celle-ci ou de sa famille immédiate.

C.2.2. Contribution à un travail psychique réalisé par la mère

L'accompagnante assiste la mère dans un processus intérieur interpellant la gestion émotionnelle, le déploiement de la réflexivité et la qualité de l'autoperception intérieure.

C.2.2.1. Assistance à la mère pour l'acceptation posée de son vécu

L'accompagnante aide la mère à identifier et reconnaître ses pensées, ses émotions et ses sensations, de telle sorte qu'une transformation des vécus plus difficiles puisse se faire vers un certain apaisement.

C.2.2.1.1. Écoute attentive enveloppante pour que la mère puisse déposer son vécu

L'accompagnante tend l'oreille de façon chaleureuse et attentionnée pour accompagner la mère dans les émotions ravivées, alors qu'elle raconte son vécu postnatal (p. ex., échange bienveillant sur le vécu avec le bébé depuis l'accouchement). Cela inclut l'écoute émotionnelle relative à la réactivation possible de traumatismes dans la relation avec le bébé.

C.2.2.1.2. Soutien à l'observation attentive portée avec soin sur le vécu présent

L'accompagnante invite la mère en état d'anxiété à déplacer son attention de ses objets d'inquiétude, vers ce qui se passe pour elle dans son présent immédiat (p. ex., accompagner la mère à mettre son attention sur ses sentiments actuels, sensations, besoins ou ce qu'elle fait).

C.2.2.1.3. Accompagnement à reconnaître sans jugement de valeur ses pensées douloureuses

L'accompagnante soutient la mère dans la reconnaissance et l'accueil que celle-ci peut s'offrir à elle-même, relativement à ses représentations imprégnées de souffrance.

C.2.2.1.4. Validation du sentiment normal de la mère d'être dépassée

L'accompagnante exprime à la mère qu'il est attendu qu'elle puisse se sentir dépassée en période postnatale, facilitant ainsi l'acceptation de ce qui est éprouvé par la mère.

C.2.2.2. Auxiliaire au développement de la capacité d'être un réceptacle avenant pour ses émotions et celles de son bébé

L'accompagnante joue le rôle d'une présence contenant qui modèle pour la mère une façon de contenir et d'accompagner son émotion ou celle du bébé, un processus pouvant faciliter la régulation émotionnelle.

C.2.2.2.1. Modelage pour accompagner avec calme le bébé dans son émotion

L'accompagnante montre à la mère, en le faisant elle-même devant celle-ci, qu'il est possible de rester dans une attitude de contenance avec son bébé exprimant des émotions puissantes, en s'autorégulant pour accompagner le bébé dans sa tempête émotionnelle (p. ex., pouvant être exprimée par des pleurs et des cris).

C.2.2.2.2. Aide au développement de la capacité de s'apaiser en présence du bébé

L'accompagnante construit en collaboration avec la mère l'habileté à se calmer elle-même en présence de son bébé. Il s'agit de la capacité de s'autoapaiser sans s'extraire de la relation avec le bébé (p. ex., se calmer sans avoir le sentiment de devoir choisir entre elle et son bébé).

C.2.2.3. Accompagnement à la reconnaissance de soi comme étant estimable

L'accompagnante soutient la mère dans sa capacité de percevoir sa valeur, dans son rôle de mère et aussi comme individu. Elle s'emploie à faire grandir les petites pousses de fierté.

C.2.2.3.1. Considération sensible du besoin de se vivre comme une bonne mère

L'accompagnante accorde une attention au besoin de la mère de se vivre en tant que « bonne maman », au sens primaire existentiel.

C.2.2.3.2. Reflet des ressources intérieures perçues par l'accompagnante

L'accompagnante reflète les bonnes dispositions, forces ou qualités d'âme qu'elle reconnaît chez la mère, afin de les amener ou les ramener à la conscience de celle-ci.

C.2.2.3.3. Valorisation de gestes constructifs posés par la mère envers son bébé

L'accompagnante met en valeur toutes sortes de choses que la mère fait de bien pour son bébé aux yeux de l'accompagnante. Elle les porte ainsi à l'attention de la mère, pour nourrir la vigueur de l'estime de soi de celle-ci, en prenant appui sur ses initiatives concrètes.

C.2.2.3.4. Aide au départage des perceptions de soi comme personne et mère

L'accompagnante soutient la mère qui revisite ou est en processus de reconnaître certains aspects de son identité, comme mère, et aussi plus largement comme personne (p. ex., refléter des paroles plus ou moins validantes de la mère que celle-ci peut entretenir ou nuancer).

C.2.2.3.5. Perspective encourageante des aspects du quotidien qui vont bien

L'accompagnante offre un recadrage réconfortant à la mère en mettant en lumière des éléments de sa période postnatale qui se passent harmonieusement, ce que la mère peut perdre de vue dans les aléas des difficultés. Il s'agit aussi d'un angle de vue que l'ego de la mère peut récupérer s'il la rejoint.

C.2.2.4. Participation à la construction du sentiment de compétence de la mère

L'accompagnante appuie la mère dans l'acquisition graduelle du ressenti d'être davantage habile dans son rôle parental dans son contexte actuel, par exemple par l'assistance pratique et l'aide à l'observation du déploiement de ses compétences comme mère.

C.2.2.4.1. Validation du processus d'apprentissage pour acquérir de bonnes habiletés

L'accompagnante aborde avec la mère la normalité du processus du développement de compétences via l'apprentissage et peut contribuer ainsi à déconstruire l'idée reçue que les compétences maternelles seraient purement innées et instinctives pour les femmes.

C.2.2.4.2. Guidance étape par étape dans l'inexpérience déboussolante

L'accompagnante aiguille la mère dans la traversée de difficultés, en étant attentive au rythme de la mère (p. ex., suggestions de l'accompagnante faites dans l'esprit d'outiller la mère ayant le désir continu de s'améliorer).

C.2.2.4.3. Encouragement au développement en douceur de l'assurance dans son rôle

L'accompagnante supporte la mère par des propos et un non verbal porteurs pour le développement de sa confiance en action dans sa posture actuelle de mère.

C.2.2.4.4. Appui des élans d'autonomie ayant du sens pour la mère

L'accompagnante encourage par approbation le processus d'émergence d'initiatives autonomes de la mère, réalisées par celle-ci en accord avec elle-même (p. ex., initiatives en regard d'un aspect important pour elle qu'elle souhaite donner à son bébé).

C.2.2.5. Apport d'un éclairage supportant l'attitude réflexive de la mère

L'accompagnante apporte à la mère des informations lui permettant d'éclairer certains choix reliés directement ou indirectement à son bébé et soutient l'espace de réflexion sur elle-même ainsi que sur sa famille.

C.2.2.5.1. Reflets portant à réfléchir issus des observations de l'accompagnante

L'accompagnante tient des propos mentalisants visant à porter à l'attention de la mère une situation reliée à son contexte postnatal qui lui semble importante à aborder (p. ex., questions de l'accompagnante telles que : « As-tu remarqué que ton bébé... », « As-tu observé que tu fais telle chose quand ton bébé... »).

C.2.2.5.2. Aide précieuse à la clarification des besoins au fil de l'accompagnement

L'accompagnante aide la mère à discerner des besoins plus flous ou plus difficiles à s'avouer et à y mettre des mots pour les préciser et les reconnaître (p. ex., questions de clarification).

C.2.2.5.3. Apport riche d'informations ou pistes de solutions dans le respect du libre arbitre

L'accompagnante apporte des renseignements, des éclaircissements, des conseils relatifs à des observations et des questionnements soulevés dans l'accompagnement. Elle peut suggérer des idées visant à dénouer des problématiques reliées directement ou indirectement au postnatal, et ce, en veillant à respecter les choix de la mère.

D. RETOMBÉES BÉNÉFIQUES DE L'ACCOMPAGNEMENT POSTNATAL REÇU PAR LA MÈRE

La mère témoigne de son vécu à propos des impacts de l'accompagnement postnatal, et ce, sur plusieurs plans, rejoignant tantôt la délivrance immédiate, tantôt des aspects reliés à son cheminement en lien avec son rôle parental.

D.1. Répit ponctuel reçu en regard de la charge de son rôle de mère

La mère profite, avec un certain sentiment de délivrance, du moment réservé pour la soutenir dans son rôle et ses besoins de base. Elle y dépose et délègue avec détente certains aspects de

sa responsabilité de mère, en regard de son bébé, de ses autres enfants ou de ses autres tâches quotidiennes.

D.1.1. Allègement momentané de la surcharge reliée aux tâches concrètes de son rôle

La mère rapporte un apaisement ponctuel qui s'appuie sur une aide pratique pour des tâches quotidiennes débordantes (p. ex., la mère reçoit de l'aide de l'accompagnante pour une abondance de vêtements à plier).

D.1.2. Relais salubre pour la mère prenant un moment pour ses besoins de base

La mère qui a délégué les soins du bébé à l'accompagnante se donne un espace salvateur bien à elle, pour répondre à des besoins en lien avec sa propre hygiène de vie (p. ex., besoin de dormir, de manger paisiblement, de se laver les cheveux à son rythme).

D.2. Terreaux de maturation intérieure pour la mère

La mère expérimente des façons d'être en relation avec elle-même favorables au développement d'un mieux-être, cultivées lors de l'accompagnement postnatal des relevailles.

D.2.1. Expérience sécurisante de pouvoir compter sur une présence assidue

La mère fait l'expérience d'un sentiment de confiance relationnelle relié au vécu de pouvoir se reposer sur la présence régulière et fidèle de l'accompagnante.

D.2.1.1. Possibilité rassurante de se référer à l'expérience disponible de l'accompagnante

La mère se sent sécurisée d'avoir accès à la perception entraînée de l'accompagnante à mesure que des questionnements et besoins émergent, ce qui lui permet de s'appuyer sur l'expérience de celle-ci (p. ex., expérience permettant de relativiser certaines inquiétudes).

D.2.1.2. Vécu d'une constance fiable de l'accompagnante présente chaque semaine

La mère expérimente pouvoir s'appuyer sur la fiabilité de l'accompagnante, présente hebdomadairement dans un moment prévu.

D.2.1.3. Contact émotif avec le besoin des autres inhérent à la condition humaine

La mère expérimente en elle-même le besoin primaire de la présence humaine qui accompagne, ici offerte par l'accompagnante (p. ex., réconfort que l'accompagnante soit présente physiquement avec elle, attendre avec une hâte joyeuse l'heure d'arrivée de son accompagnante).

D.2.2. Régulation émotionnelle éprouvée lors d'un accueil bienveillant

La mère expérimente auprès de l'accompagnante, un apaisement émotionnel basé sur le ressenti d'une écoute indulgente de ses émotions ou de celles exprimées par son bébé ou ses autres enfants, ceci par opposition au refus ou à la condamnation des émotions.

D.2.2.1. Accès à un état apaisant de moindre réactivité lorsque les émotions sont tolérées

La mère s'étonne de ressentir une part de quiétude, alors qu'elle s'emploie à être en contact accueillant avec ses affects, ceux de son bébé ou de ses enfants.

D.2.2.2. Diminution d'anxiété maternelle enveloppée dans un calme contagieux

La mère constate que son anxiété baisse et s'adoucit en elle, alors qu'elle se sent comme bercée par le calme profond émanant de l'accompagnante.

D.2.2.3. Vécu de pacification pour la mère entendue sans jugement de valeur

La mère observe poindre une diminution de sa détresse à l'égard de ce qu'elle ressent, créant ainsi en elle un sentiment d'harmonisation de son vécu, alors qu'elle se vit écoutée de façon compréhensive par l'accompagnante (p. ex., considération sans jugement de ses inquiétudes, déculpabilisation à l'égard de ses ressentis plus difficiles).

D.2.3. Reconnaissance aimante de soi durant l'accompagnement

La mère explore des moments où elle s'est accordé une attention tendre envers elle-même ou s'est reconnue comme étant digne de cette qualité d'attention, aidée du soutien à cet égard de l'accompagnante.

D.2.3.1. Processus d'ouverture pour une connaissance et acceptation tendre de soi

La mère décrit vivre l'émergence ou le déploiement, soutenue par l'accompagnante, d'une attitude d'accueil d'elle-même, en tant que femme ou mère, selon ce qui est en figure. Ce processus peut se manifester par un lâcher-prise sur l'auto-invalidation, et un pas vers une reconnaissance plus douce envers soi.

D.2.3.2. Intégration d'une vision de soi digne de recevoir de l'aide

La mère rapporte avoir assimilé au cours de l'accompagnement une perception d'elle « valant la peine » d'une aide sensible pour son développement de mère.

D.2.3.3. Élan enthousiaste d'être vue dans ses acquis en tant que mère

La mère exprime une joie de montrer à son accompagnante comment elle arrive à mieux conjuguer avec son rôle de mère.

D.2.3.4. Satisfaction valorisante d'avoir accompli un travail sur elle-même

La mère éprouve un contentement, teinté de fierté, relié au cheminement qu'elle a accompli comme mère au cours de l'accompagnement des relevailles.

D.2.4. Renforcement personnalisé de son assurance en tant que mère

La mère développe ou retrouve des attitudes reliées à l'affirmation d'elle-même dans son rôle de mère au cours des relevailles.

D.2.4.1. Travail d'appropriation affirmative de la couleur individuelle de son identité de mère

La mère s'approprie ou se réapproprie un peu différemment sa manière d'être mère et ses décisions en découlant, en fonction de la façon dont elle se perçoit dans son contexte actuel et en fonction de ce qu'elle met en priorité (p. ex., reconnaître sa manière bien à elle d'être maman, persévérer dans certains choix et réorienter d'autres choix).

D.2.4.2. Accroissement de compétences sur lesquelles s'appuyer comme mère

La mère reconnaît l'acquisition d'une assise de compétences en tant que mère durant les relevailles, entre autres en regard de ce qui est important pour elle de développer (p. ex., se sentir psychiquement plus ancrée dans ses capacités de mère, mieux répondre aux besoins du bébé ou des enfants).

D.2.5. Réflexivité dégagée lors de moments contemplatifs de questionnements

La mère, avec le soutien de l'accompagnante, arrive à se donner des moments de recul propices aux échanges et à la réflexion concernant, par exemple, des situations embêtantes de son quotidien, son vécu en regard de son rôle de mère, ou l'ensemble des aspects de sa vie familiale. Cela lui permet de prendre un recul réflexif et de se repositionner au besoin.

D.2.6. Cheminement de la mère à propos de son vécu d'anxiété postnatale

La mère décrit en quelques mots ce qu'elle reconnaît comme ayant bougé en elle quant à la gestion de son anxiété postnatale durant ses relevailles.

D.2.6.1. Bourgeons d'ouverture à faire confiance dans l'inconfort poignant de l'incertitude

Acceptation grandissante de la mère de s'accorder ou d'accorder à d'autres personnes une confiance dans le contexte d'incertitude inhérente à sa responsabilité de mère (p. ex., travail pour croire en elle au sein des changements continuels).

D.2.6.2. Intériorisation d'une certaine capacité à dédramatiser la crainte du pire

La mère constate avoir développé en elle un peu de l'attitude positive de l'accompagnante, ce qui lui permet de prendre un certain recul par rapport à l'anticipation d'événements tragiques qui pourraient potentiellement arriver à sa famille.

D.2.6.3. Apprentissage à recentrer son attention sur son présent en état d'anxiété

La mère rapporte avoir travaillé sa capacité à gérer ses inquiétudes via le moyen de ramener son attention sur son présent, que ce soit en s'entraînant à prendre une chose à la fois ou en observant son ressenti dans le moment présent (p. ex., sensations, émotions, pensées).

D.2.6.4. Assouplissement de ses façons de faire dans une priorisation des besoins

La mère, encouragée par son accompagnante, mentionne s'être exercée à amener davantage de souplesse dans la réponse à ses besoins et à ceux de sa famille, en privilégiant la réponse aux besoins prioritaires ou plus essentiels, une façon de prendre soin de son anxiété.

D.2.6.5. Apprivoisement à la mise en mots de ses craintes avec bienveillance

La mère se réapproprie ses pensées anxieuses, un peu autrement, en les clarifiant et en les nommant avec indulgence dans le contexte de l'accompagnement postnatal.

D.2.6.6. Autogestion via l'investissement d'activités lui apportant un mieux-être

La mère intègre dans son horaire des activités qui tendent à lui procurer un bien-être libérateur pour son anxiété (p. ex., entraînement physique permettant d'évacuer du stress).

D.2.7. Disponibilité à soi et aux autres émergée de l'accompagnement

La mère, dégagée d'un état de survie postnatale et moins envahie émotionnellement ou concrètement, contacte un espace de disponibilité intérieure apaisé, à partir duquel elle peut être attentive au développement relationnel de son bébé ou de ses enfants.

D.2.7.1. Disposition plus sereine pour s'occuper de son lien avec ses enfants

La mère apaisée se retrouve davantage disposée à créer et entretenir des liens affectifs chaleureux de qualité avec son bébé ou ses enfants (p. ex., se sentir plus souvent présente émotionnellement à son bébé).

D.2.7.2. État d'ouverture pour s'intéresser à la façon dont les enfants vivent l'arrivée du bébé

La mère a l'espace en elle pour porter attention au vécu de son ou ses aînés face à son nouveau bébé.

D.2.7.3. Accès fluide à un espace de jeu avec les enfants à même la routine postnatale

La mère intègre un espace pour le jeu avec son ou ses autres enfants durant sa routine quotidienne, par exemple, durant les soins donnés au bébé (p. ex., entrer dans le jeu de l'aîné qui imite avec sa peluche les gestes de la mère envers le bébé).

D.2.7.4. Reconnaissance émue de la naissance d'un lien de complicité entre les enfants

La mère, davantage disponible à l'intérieur d'elle, assiste au développement d'un lien touchant unissant son bébé avec son ou ses autres enfants (p. ex., être témoin des rires complices entre le bébé et les autres enfants).

D.2.7.5. Création ou élargissement d'un état de bien-être avec soi comme mère

La mère rapporte ressentir une place plus grande dans son intériorité, en harmonie avec elle dans son rôle de mère.